



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Gestão da Dor no Doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em Contexto Pré-Hospitalar

Solange Vieira Mega

Orientação: Professora Dr.^a Maria Dulce dos Santos Santiago

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Gestão da Dor no Doente Sedado sob
Ventilação Mecânica Invasiva em
Contexto Pré-Hospitalar**

Solange Vieira Mega

**Orientação: Professora Dr.^a Maria Dulce dos Santos
Santiago**

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa
em Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Gestão da Dor no Doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em Contexto Pré-Hospitalar

Solange Vieira Mega

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Prof. Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Arguente: Prof^a. Doutora Guida Maria Marques da Silva Amaral

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Orientador: Prof^a. Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Professora Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

Julho, 2023

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

Mãe, Pai sem vocês não estaria aqui.

João, pela dedicação e paciência, foste e és um pilar fundamental na minha vida.

À **Professora Dulce dos Santos Santiago** pela sua sabedoria, rigor, empenho em partilhar o seu conhecimento e ter sido o meu farol durante este percurso e apoio numa fase difícil da minha vida pessoal.

Ao **Professor Adriano** e à **Professora Maria do Céu** pelas suas palavras ao longo da minha caminhada a nível pessoal apoiando-me e incentivando-me a não desistir e a seguir em frente, levo-vos no meu coração.

Família e Amigos simplesmente por estarem lá, sempre com as palavras certas, na hora certa.

Em especial à **Sónia Carmo**, por me ter acompanhado nesta jornada e nos termos apoiado mutuamente.

À **Coordenação e Colegas** pelo apoio, compreensão, disponibilidade e gestão das escalas, numa era tão difícil a nível de recursos humanos.

As minhas **estrelas** que olham por mim e iluminam-me diariamente nesta dimensão física, que é a vida.

O individual parte do coletivo, e quando o coletivo é muito bom, as individualidades sobressaem...

Muito obrigada

RESUMO

Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, sendo considerada como 5º sinal vital. Doentes submetidos a sedação e ventilação mecânica invasiva, são incapazes de comunicar e de autoavaliar a dor, tornando-se um desafio a avaliação da mesma, com a aplicação dos instrumentos em uso, escala numérica e qualitativa. Neste âmbito, destaca-se a importância do uso de escalas de avaliação da dor por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale* (BPS).

Entre as várias atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final do Mestrado em Enfermagem, desenvolveu-se uma Intervenção Profissional Major, com o objetivo de contribuir para a melhoria da gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar e que se apresenta de forma detalhada e fundamentada neste relatório. Entre outros aspetos, neste trabalho destaca-se a fundamentação da problemática, o enquadramento conceptual e teórico subjacente, bem como a descrição pormenorizada das etapas da metodologia de projeto relativas ao desenvolvimento da referida Intervenção.

Ao longo deste relatório sublinha-se também a realização de uma análise reflexiva e fundamentada sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem, bem como das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Ventilação Mecânica Invasiva; Gestão da Dor; *Behavioral Pain Scale*; Pré-Hospitalar.

ABSTRACT

Pain is a unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue injury and it is considered the 5th vital sign. Patients undergoing sedation and invasive mechanical ventilation are unable to communicate na self-assess pain, making it challenge to assess it with the application of the instruments in use, numerical and qualitative scale. In this contexto, the importance of using pain assessment scales through subjective behavior observation using the behavior pain scale (BPS).

Among the various activities carried out during this stage, of the master's degree in nursing, a major professional intervention was developed with the objective of contributing to the improvment of pain management in patients sedated under invasive mechanical ventilation in a pre-hospital context, wich is presented in detail and based on this report. Among other aspects of this work include the Foundation of the problema, the underlying conceptual and theoretical framework, as well as detailed description of the stages of the project methodology related to the development of the said intervention.

Throughout this report, emphasis is also placed on the carrying out of a reflective and reasone analysis of the process of acquiring and developing the competencies of the master's degree in nursing, as well as common and specific competencies of the nurse specializing in medical surgical nursing – the person in a critical situation.

Keywords: *Medical surgical nursing; Invasive Mechanical Ventilation; Pain Management; Behavioral Pain Scale; Pre-Hospital.*

LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AHA - *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

AR – Assembleia da República

ARS - Administração Regional de Saúde

ASAP - *As Soon As Possible*

BIS – Bispectral Index

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CH – Centro Hospitalar

CHN – Unidade Hospitalar do Sul

CHS - Unidade Hospitalar do Norte

CMFR - Centro de Medicina Física e de Reabilitação

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DFEM - Departamento de Formação em Emergência Médica

DGS - Direção-Geral da Saúde

doi – *Digital Object Identifier*

DVE - Drenagem Ventricular Externa

ECMO - *Extracorporeal Life Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro(s) Especialista(s)

EEG – Eletroencefalograma

EF – Estágio Final

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica

EPE - Entidade Pública Empresarial

ERC – *European Resuscitation Council*

ESEM - *European Society of Emergency Medicine*

et al. – e outros

EVA - Escala Visual Analógica

FSC – Fluxo Sanguíneo Cerebral

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP - *International Association for the study of Pain*

ICN - *International Council of Nurses*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IPM – Intervenção Profissional Major

iTEAMS - *Tool for Emergency Alert Medical System*

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MS - Ministério da Saúde

n.º - número

NRS – *Numeric Rating Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. – página

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PAINAD - *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PH – Pré-Hospitalar

PIC – Pressão Intracraniana

PNCD - Plano Nacional de Controlo da Dor

PNCDOR – Programa Nacional de Controlo da Dor

PNLCD – Plano Nacional da Luta Contra a Dor

pp. – páginas

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PtiO₂ - Pressão Tecidual de Oxigénio

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SE – Sala de Emergência

SHEM – Serviço de Helicóptero de Emergência Médica

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

START - *Simple Triage And Rapid Treatment*

SWOT - *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TDC/SE - Transporte do Doente Crítico e Situações de Exceção

TEPH - Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

UAG - Unidade Autónoma de Gestão

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade

UCIN - Unidade Cuidados Intensivos Neurocríticos

UCIP - Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

UH - Unidade Hospitalar

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1 – APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	20
1.1 – CENTRO HOSPITALAR DO SUL	20
1.2 – UNIDADES FUNCIONAIS VMER	23
1.2.1 – Estrutura, recursos físicos e materiais	23
1.2.2 – Recursos Humanos	25
1.2.3 – Análise da gestão e produção de cuidados	26
1.3 – CENTRO HOSPITALAR DO NORTE.....	28
1.4 – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA – UNIDADE DE NEUROCRÍTICOS.....	30
1.4.1 – Estrutura, recursos físicos e materiais	30
1.4.2 – Recursos Humanos	32
1.4.3 – Análise da gestão e produção de cuidados	33
2 – INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR.....	37
2.1 – FUNDAMENTAÇÃO: GESTÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO SOB VMI	38
2.2 – ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO.....	43
2.2.1 – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	44
2.2.2 – A dor	45
2.2.3 – Behavioral Pain Scale	48
2.2.4 – Qualidade em saúde e a segurança do doente	51
2.3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	54

2.4 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	63
2.5 – PLANEAMENTO.....	64
2.6 – EXECUÇÃO.....	65
2.7 – AVALIAÇÃO E RESULTADOS	68
3 – ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	70
3.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	72
3.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	89
CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	115
ANEXOS	172

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio.....	116
Apêndice II – Análise <i>SWOT</i>	119
Apêndice III – Questionário de Diagnóstico	120
Apêndice IV – Apresentação da Revisão Estatística da Sedoanalgesia	125
Apêndice V – Apresentação “Gestão da Dor no Doente Sedado sob VMI em contexto Pré-hospitalar”	129
Apêndice VI – Poster BPS.....	141
Apêndice VII – Artigo publicado na Revista LIFESAVING.....	142
Apêndice VIII – Revisão Sistemática da Literatura	145
Apêndice IX – Proposta de implementação da escala BPS na ferramenta de registo clínico do INEM.....	171

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Declaração de Aceitação de Orientação	173
Anexo II – Termo de autorização de responsabilidade à Execução do Estudo de Investigação	174
Anexo III – Certificado de Palestrante no âmbito do Programa da Formação Contínua	178
Anexo IV – Certificado de Publicação do artigo da Rúbrica Minuto VMER.....	179
Anexo V – Declaração introdução da BPS na plataforma de registo Access.....	180
Anexo VI - Diploma PG em Gestão e Administração de Serviços de Saúde	181
Anexo VII - Certificado de Publicação do artigo “Ventilação Não Invasiva no Doente Crítico idoso com DPOC”	182
Anexo VIII - Certificado do Módulo Suporte Avançado de Vida.....	183
Anexo IX - Certificado do Módulo II - Recertificação do Curso SIV Enfermeiros	184
Anexo X - Certificado do Curso <i>International Trauma Life Support</i>	185
Anexo XI - Certificado de Instrutora do Curso <i>International Trauma Life Support</i>	186
Anexo XII - Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "A gestão inicial do grande queimado num Serviço de Urgência" .	187
Anexo XIII - Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "Taquicardia Refratária"	188
Anexo XIV – Certificado de Publicação como Autora do artigo da Rubrica Caso Clínico “Taquicardia Refratária de causa inesperada”	189
Anexo XV - Suporte Avançado de Vida Cardiovascular, pela <i>American Heart Association</i>	190
Anexo XVI – Declaração de participação na Revisão Científica da 9ª edição da versão portuguesa do manual de <i>International Trauma Life Support</i>	191

Anexo XVII - Certificado de participação na Comissão Organizadora da II Conferência em Supervisão Clínica em Enfermagem.....	192
Anexo XVIII - Certificado de palestrante com o tema Instrumentos de avaliação, portfólio da II Conferência em Supervisão Clínica em Enfermagem	193
Anexo XIX – Certificado Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem	194
Anexo XX – Certificado de formação do curso de Formação de Formadores Nível V	195
Anexo XXI – Certificado da Pós-Graduação em Cuidados Intensivos.....	197
Anexo XXII - Certificado de Pós – Graduação em Intervenção em Trauma, Emergência e Catástrofe	198
Anexo XXIII - Certificado do Curso SIV	199
Anexo XXIV – Certificado do Curso VMER	201

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização dos elementos da equipa multidisciplinar segundo a categoria profissional	56
Gráfico 2 – Enfermeiros detentores do título de especialidade em Enfermagem	57
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros por área de especialidade em Enfermagem	57
Gráfico 4 – Experiência da equipa multidisciplinar em VMER (anos)	59
Gráfico 5 – Perceção da pertinência da avaliação da dor na vítima sedada sob VMI	60
Gráfico 6 – Perceção da equipa multidisciplinar sobre a escala preconizada pelo Grupo de Avaliação da Dor	60
Gráfico 7 – Opinião da equipa sobre a importância da implementação de uma escala de avaliação da dor para doentes em VMI em contexto VMER	61
Gráfico 8 – Conhecimento acerca da Escala BPS	61
Gráfico 9 – Uso da escala BPS em contexto de VMER	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – BPS: Tradução e adaptação da versão portuguesa.....	49
Tabela 2 – Interpretação da pontuação da BPS	50
Tabela 3 – Distribuição da equipa multidisciplinar por faixa etária	56
Tabela 4 – Experiência da equipa multidisciplinar em cuidados ao doente crítico	58
Tabela 5 – Experiência da equipa multidisciplinar em Cuidados Intensivos.....	59

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio desenvolve-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, realizada pela mestrandia com o reingresso no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, em Associação, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal. De referir que a Unidade Curricular de Estágio Final (EF) foi realizada em 2019-2020, durante a frequência do 3º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Pessoa em Situação Crítica, que decorreu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre.

Tendo presente o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a), bem como o regulamento das competências específicas do EEMCPSC (OE, 2018a), o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019a, p. 4744), “em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, (...) em particular (...): área de enfermagem à pessoa em situação crítica” (OE, 2018a, p. 19359).

Neste sentido, o presente relatório procura descrever o percurso académico e formativo da mestrandia, utilizando uma metodologia reflexiva, reconhecida como um importante processo de aprendizagem e de desenvolvimento de conhecimentos na prática de enfermagem (Peixoto & Peixoto, 2016), incidindo nas atividades desenvolvidas no decorrer da UC Estágio Final, referindo-se que foi obtida creditação na UC Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica, integrada no 1º ano do plano de estudos deste curso de mestrado.

Este documento surge como resultado do período de EF desenvolvido em dois serviços distintos de diferentes hospitais. Numa fase inicial, no Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Neurocríticos de um Centro Hospitalar do Norte (CHN), de setembro a dezembro de 2019 com um total de 230h, sendo que, a segunda unidade onde foi aplicada e desenvolvida a Intervenção Profissional Major foi num Centro Hospitalar do Sul – Unidade Funcional VMER A e VMER B, no mês de janeiro de 2020, com um total de 114h, sob a orientação da Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago (Anexo I).

No decorrer do EF foi desenvolvido um processo de aquisição de competências que inclui a implementação de uma intervenção profissional major (IPM) cuja temática incidiu na

gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar, tendo por base a segurança e a qualidade dos cuidados, de forma a contribuir para a melhoria da gestão da dor em vítimas sob ventilação mecânica invasiva (VMI), incapazes de comunicar e autoavaliar a dor.

Neste contexto, importa salientar que a avaliação da dor nestes doentes torna-se um desafio (Urden et al., 2014), dificultado pela inadequada aplicação dos instrumentos em uso (escala numérica e escala qualitativa). A gestão eficaz da dor carece de uma avaliação segura e exata, o que depende do uso de escalas adequadas (Batalha et al., 2013).

Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2012) a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade inicial embora equiparada com distintos sinais vitais. No entanto a recomendação da Direção Geral da Saúde [DGS] emitida numa circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003 que assinala que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um facto fundamental para a humanização dos cuidados de saúde. O conceito de doente crítico segundo autores como Benner et al. (2011), é definido como aquele que está em situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente e revela assim um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos. Por sua vez, a dor pode ser considerada “uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade” (OE, 2008, p.11).

A impossibilidade de autoavaliação da dor nalguns destes doentes, implica a sua avaliação de forma subjetiva. Neste âmbito, destaca-se a importância de escalas de avaliação da dor, onde são considerados critérios subjetivos como a expressão facial e o movimento da pessoa, bem como parâmetros fisiológicos, como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2016, p. 40), afirma-se que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale* (BPS)”. No doente sedado sob ventilação mecânica invasiva e por isso inviabilizado de autoavaliar a dor, desde que a sua função motora permaneça intacta, as alterações comportamentais provenientes da presença de dor são observáveis, estando nestes casos aconselhado o uso da escala BPS (Ferreira et al., 2014).

Neste sentido, de forma a melhorar a gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar, foi desenvolvida a IPM, à luz da melhor evidência científica e sustentada pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, teoria de médio alcance.

Katharine Kolcaba, define conforto como uma experiência holística imediata que resulta no fortalecimento do doente devido à resolução das suas necessidades de conforto. Para esta autora, todos os indivíduos têm uma necessidade básica de conforto e que vivenciam de forma holística. Nesse sentido, quando o doente está impedido de restabelecer o seu próprio conforto, é necessário implementar medidas que o promovam. Cabe assim, ao enfermeiro, promover o conforto de forma a incentivar comportamentos de busca de saúde, que resultarão num incremento da integridade institucional, traduzindo-se em boas práticas e boas políticas (Tomey & Alligood, 2002).

Após uma análise reflexiva sobre a temática supracitada procedeu-se ao desenvolvimento da IPM, seguindo a metodologia de projeto, envolvendo “um conjunto de instrumentos que visam assim à resolução ou minimização dos problemas identificados” (Ruivo et al., 2010, p. 6).

Foi definido como objetivo geral do presente relatório, explanar de forma crítica e fundamentada o percurso de aprendizagem ao longo do Estágio final, considerando o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas de EE em EMC-PSC, bem como de Mestre em Enfermagem. Como objetivos específicos para este relatório estabelecemos:

- Caracterizar os contextos clínicos em que decorreu o EF;
- Descrever pormenorizadamente as etapas de desenvolvimento da IPM;
- Analisar de forma reflexiva e crítica o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de EE em EMC-PSC e as competências de Mestre em Enfermagem.

O presente relatório encontra-se dividido em três capítulos principais. No primeiro capítulo, será realizada uma caracterização do contexto clínico, onde serão apresentados os recursos físicos, humanos e organizacionais dos serviços onde o estágio foi realizado. No segundo capítulo, que compreende o desenvolvimento da IPM, será descrita a metodologia adotada para o projeto de intervenção, será realizada uma fundamentação da problemática identificada bem como um enquadramento teórico e conceptual tendo por base o modelo teórico adotado nas suas diferentes fases. Por fim, no terceiro capítulo, serão apresentados detalhes sobre a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e do Mestre em Enfermagem.

A redação do presente relatório segue as diretrizes do novo acordo ortográfico da língua portuguesa, à exceção das citações diretas de autores referentes a documentos anteriores à entrada em vigor do referido acordo. De referir ainda que este relatório se rege pelas normas de referenciação bibliográfica da 7ª edição da *American Psychological Association* [APA] (2020) na sua edição mais recente.

1 – APRECIACÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

A realização do Estágio final decorreu em dois serviços distintos de diferentes hospitais. Numa fase inicial no Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Neurocríticos de um Centro Hospitalar do Norte [CHN], entre o período de setembro a dezembro de 2019 com um total de 230h, sendo que, a segunda unidade onde foi aplicada e desenvolvida a Intervenção Profissional Major foi num Centro Hospitalar do Sul – Unidade Funcional VMER A e VMER B, no período de janeiro de 2020, com um total de 114h.

Posto isto, considera-se pertinente a descrição de ambos os contextos clínicos, enquadramentos legislativos e organizacionais, recursos físicos, materiais e humanos bem como a análise da gestão e produção de cuidados.

1.1 – CENTRO HOSPITALAR DO SUL

O Centro Hospitalar do Sul [CHS] iniciou a sua atividade em 1979, sofrendo ao longo dos anos diversas alterações organizacionais, bem como estruturais, no melhoramento da capacidade de resposta assistencial e com acréscimo dos níveis de complexidade e de subespecialização de serviços (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2023).

A 17 de maio de 2013, ao abrigo do Decreto-lei n.º 69/2013, tem lugar a fusão de duas Unidades Hospitalares da região. O Centro Unidade Hospitalar, Entidade Pública Empresarial (EPE) no sul do país ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto, integrado no SNS, contemplou numa nova designação, perante a mudança de competências da Administração Regional de Saúde [ARS], referente ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação (CMFR), constituindo-se como pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (CHS, 2021a). É composto por duas unidades hospitalares, quatro Serviços de Urgência Básica (SUB), uma Unidade de Convalescença, e ainda serviço de Hospitalização Domiciliária que garante resposta assistencial, em várias localidades a sul do País (CHS, 2021a).

Detém até então um Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica criado pela Portaria n.º 75/2016, um consórcio desta instituição com uma Universidade no sul do

País, favorecendo a investigação e a transmissão do conhecimento científico (Portaria nº75/2016, 2016).

O Centro Hospitalar [CH] garante a prestação de cuidados de saúde numa larga extensão, incluindo dezasseis concelhos, constituída por sessenta e sete freguesias e uma população de 467 343 habitantes (Censos, 2021), sendo que, sofre de um aumento exponencial especialmente na época alta do turismo. Este número sobe para cerca de 600 000 contando com o Centro de Medicina Física e Reabilitação do referido Centro Hospitalar que serve parte da população de outra região pela sua valência na área da medicina física e reabilitação (CHS, 2021a).

Com uma lotação total de 995 camas, extensíveis a um máximo de 1025 camas, socorrendo-se aos Hospitais Centrais de Lisboa em caso de necessidade de referenciação (CHS, 2021b).

No que diz respeito à estrutura orgânica, o CH encontra-se dividido em três áreas: serviços clínicos (departamentalizados e não departamentalizados); serviços de apoio; e comissões técnicas e órgãos consultivos (CHS, 2021b).

Os serviços clínicos departamentalizados, emergem da união de serviços com necessidades ou problemáticas comuns. Consiste em cinco departamentos:

- Departamento de Cirurgia;
- Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos;
- Departamento Materno-Infantil;
- Departamento de Medicina;
- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

O Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos deste Centro Hospitalar (CH), encontra-se dividido em duas Unidades Hospitalares (UH), a Unidade Funcional I e Unidade Funcional II, que distam 70 quilómetros entre ambas. A Unidade Funcional I abrange um Serviço de Urgência Polivalente, três Serviços de Urgência Básica, um Serviço de Medicina Intensiva 1 (SMI) de nível III, que é responsável por uma Sala de Emergência (SE), por uma Unidade Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e por uma Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência e integra dois serviços de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), onde foi desenvolvida a Intervenção Profissional Major.

Comparativamente à outra UH – Unidade Funcional II, o departamento supracitado inclui um Serviço de Urgência Básica, um serviço de VMER, um Serviço de Urgência Médico–Cirúrgica e um Serviço de Medicina Intensiva 2, no qual está integrado a SE, por uma UCIP e por uma Unidade de Internamento de Doentes Agudos (CHS, 2020).

O Centro Hospitalar defende como missão,

a prestação de cuidados de saúde diferenciados (...) como sua área de influência direta e também parte do Alentejo, para algumas das suas valências. Complementarmente, a missão do CH também compreende a investigação e o ensino médico e em saúde, sendo uma instituição de referência no Serviço Nacional de Saúde, com estatuto de hospital universitário (CHS, 2019, p. 4).

Os valores pelos quais se rege o CH assenta nos seguintes princípios:

- Universalidade da sua missão, constituindo-se como pilar de coesão social para a população que serve;
- Respeito pelos princípios éticos, pela dignidade humana, pelos direitos dos doentes e em elevados padrões de segurança assistencial;
- Equidade no acesso e utilização aos cuidados que disponibiliza;
- Cultura de serviço público, centrado no utente e na satisfação do atendimento recebido;
- Trabalho em equipa, multidisciplinar, assente numa efetiva integração dos níveis cuidados disponíveis na região, promovendo a adequação da prestação às necessidades dos doentes;
- Orientação para a obtenção de resultados em saúde, condição necessária para uma efetiva criação de valor em saúde;
- Efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis, contribuindo para a sustentabilidade da instituição (CHS, 2019, p. 4).

A visão deste CH centra-se em “afirmar a sua excelência na prestação de cuidados de saúde diferenciados, a criação de valor em saúde para os seus doentes e a relevância nacional e internacional da investigação em saúde, em estreita colaboração com a academia” (CH, 2019, p. 4), fortalecendo-se como unidade de excelência no Sistema Nacional de Saúde, com competência, saber e experiência, de forma a garantir equidade e universalidade do acesso e de assistência, com vista à elevada satisfação dos doentes e dos profissionais.

1.2 – UNIDADES FUNCIONAIS VMER

Nos pontos subsequentes, será realizada uma descrição do local onde foi desenvolvida a Intervenção Profissional Major, tendo por base a sua estrutura, recursos físicos e materiais, recursos humanos e a análise da gestão e produção de cuidados nas Unidades Funcionais das VMER do Centro Hospitalar do Sul.

1.2.1 – Estrutura, recursos físicos e materiais

Ao abrigo do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, as VMER são integradas na rede articulada do Serviço Nacional de Saúde, devendo os Serviços de Urgência Polivalente e os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica integrar esse meio de emergência pré-hospitalar (Ministério da Saúde [MS], 2014a).

Surge a primeira Viatura Médica de Emergência e Reanimação do CHS, VMER A, a 1 de julho de 2000, sediada atualmente no espaço físico entre o Serviço de Urgência e os serviços mortuários no piso 2 do CH - Unidade Funcional I, e a 1 de junho de 2004 assistiu-se ao início da VMER B, localizada nas traseiras do Centro de Saúde do Sul, pertencentes ao Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos desta UH.

As VMER A e B do CH, encontram-se inseridas na Rede VMER, implementada em território de Portugal continental, com atualmente 44 VMER. As supracitadas, prestam cuidados de saúde, numa área geográfica que abrange cerca de 295 321 habitantes, números que triplicam, com um aumento exponencial na época alta do turismo (Censos, 2021).

Anualmente, a VMER A apresenta 1963 acionamentos, relativamente à VMER B, com 1427 ativações, dados relativos a 2022, de salientar com maior pico nas épocas altas. As ativações das VMER são coordenadas pelo Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), com receção do evento via rádio, telemóvel e tablet, através da plataforma *i-Teams*.

As viaturas são ligeiras, tipo carrinha station, a VMER A está equipada com uma Skoda - Octavia TDI e a VMER B, Ford Mondeo TDCi, ambas com 2.0 cilindrada e 150 cavalos.

A VMER é composta pelo seguinte material que se passa a citar:

- ⇒ Aspirador Portátil *Weinmann*;
- ⇒ Caixas de luvas não estéreis;

- ⇒ Capacetes com fonte de luz;
- ⇒ Colete de imobilização e extração;
- ⇒ Compressor torácico mecânico LUCAS 3, v3.1;
- ⇒ Ecógrafo portátil Lumify;
- ⇒ Estufa;
- ⇒ Extintor de pó abc 6kg;
- ⇒ Frigorífico;
- ⇒ Kit catástrofe;
- ⇒ Kit para drenagem torácica;
- ⇒ Kit Partos;
- ⇒ Mala abordagem à via Aérea;
- ⇒ Mala abordagem de fármacos;
- ⇒ Mala de Reserva;
- ⇒ Mala de Trauma;
- ⇒ Mala Pediátrica;
- ⇒ Monitor/desfibrilhador com função pacing e cardioversão, modelo *lifepack 15*;
- ⇒ Pasta fichas observação médica/verificação de óbito;
- ⇒ Saco com Cilindro de Oxigénio de 3 litros;
- ⇒ Saco com colares cervicais;
- ⇒ Sacos cadáver;
- ⇒ Seringa Infusora;
- ⇒ Stellar™ 150, *Invasive and noninvasive ventilator*;
- ⇒ Ventilador portátil, marca *Oxyloog 3000 plus*.

A manutenção e conservação de equipamentos e de materiais, são intervenções da responsabilidade da equipa, estando definidas as tarefas semanais, para cada dia da semana.

Os espaços físicos de estacionamento da viatura, bem como as bases da equipa da VMER segue as *Recomendações técnicas para as Bases VMER*, publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] em janeiro de 2010 (ACSS, 2010).

Embora, a base da VMER se encontre próxima do serviço de Urgência, constitui uma unidade autónoma em termos de instalações e recursos.

O espaço físico pertencente à base da VMER é composto por dois espaços independentes. Um dos espaços integra a área de apoio ao pessoal, que é composta pela zona de descanso, com dois quartos individuais, cacifos e com uma instalação sanitária com base de chuveiro.

O segundo espaço, fica localizado no mesmo corredor, ao lado da zona de descanso e é composto pela zona de estar e também uma área técnica. A zona de estar é composta por uma bancada de *kitchenette*, frigorífico, micro-ondas, uma mesa com duas cadeiras, sofá, cadeirão de descanso, TV, computador com acesso à internet, impressora e telefone.

É na área técnica que se encontra a zona de armazém, dividindo o mesmo espaço com a zona de estar, onde se desenvolvem as atividades e planeamento para manter a operacionalidade da VMER, onde estão presentes todos os *stocks* de consumíveis, equipamentos de substituição e de reserva relativos ao funcionamento da VMER. No exterior, de fácil acesso à equipa, encontra-se o estacionamento da VMER, que fica próximo das áreas técnicas e de apoio ao pessoal, de forma a assegurar uma resposta célere da equipa perante uma ativação.

O estacionamento da VMER, é um local coberto com uma tomada trifásica 220v, para carregamento dos equipamentos, que se encontram dentro da viatura e da zona de sujos. Este local encontra-se perto da entrada da UHS, com uma faixa de rodagem, com visibilidade da portaria, de modo a facilitar a gestão destinada à saída da VMER.

1.2.2 – Recursos Humanos

As VMER do CH - Unidade Funcional VMER A e B, pertencem aos meios de suporte avançado de vida do INEM. Esta prevê uma equipa que é constituída por:

um médico e um enfermeiro, concebida para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida (MS, 2014b, p.11124).

A equipa das VMER A e B é constituída por trinta e nove médicos, nas diversas especialidades médicas, sendo que as áreas que prevalecem são: Medicina interna com 23% seguido de Anestesiologia com 12,2%. A equipa de Enfermagem é constituída por trinta e cinco Enfermeiros, sendo que cerca de 14,7% são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica com vertente na pessoa em situação crítica e 6,3% e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Estes enfermeiros asseguram a operacionalidade das VMER 24 horas por dia, o que corresponde a uma disponibilidade anual que supera as 8000 horas, garantindo, até esta data, a sua operacionalidade com valores próximos dos 100%.

Relativamente à operacionalidade estas apresentam “constrangimentos pontuais” nas escalas médicas. Os operacionais da Equipa Médica e de Enfermagem, possuem o curso, que confere a competência VMER, uma formação composta por 5 módulos teórico-práticos, aos quais se seguem estágios obrigatórios, aplicando-se apenas aos enfermeiros a realização de Exames Psicotécnicos e o curso de Condução em Emergência. Os cursos são ministrados pelo Centro de Formação, inserido no Departamento de Formação em Emergência Médica (DFEM), certificado, desde 2010, de acordo com a Norma ISO 9001:2015 e faz parte do Sistema de Gestão da Qualidade do INEM.

1.2.3 – Análise da gestão e produção de cuidados

O CH é a unidade de referência a Sul do País, abarca um extenso território, responsável pela prestação de cuidados de saúde nesta área geográfica, contabilizando um número total de habitantes 467.495 residentes (Censos 2021), sendo que é composto por duas UH principais, Unidade Funcional I e Unidade Funcional II, que distanciam entre si, 70km. De realçar, que existe um aumento populacional que tem como principal responsável o turismo, em épocas sazonais, como a páscoa e o período de Verão, que pode triplicar o número de habitantes, o que leva a um impacto superior na procura de cuidados de saúde. Esta divisão de unidades, dentro do CH, é composta por um único Gestor principal, com implicações na gestão de recursos.

Face às dificuldades apresentadas atualmente em atrair profissionais de saúde e dotar o CH de diversas valências, origina um aumento do tempo de resposta, uma sobrecarga por parte dos profissionais, falta de equidade no acesso e preço dos serviços subcontratados menos eficientes, relativamente a hospitais semelhantes com localização em zona do país diferente, colocando-o num patamar de dificuldades. A disparidade existente nas condições de acesso dos doentes ao SNS do Sul face à média nacional indica que não está assegurado um adequado nível de equidade e de coesão nacional (CHS, 2021b). De realçar, que unidades de referência, como a Cardiotorácica, Maxilofacial, Cirurgia Vascular, encontram-se a cerca de 300 km de distância.

O CH, na Unidade Funcional II é constituída por um Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos composto por uma Urgência Polivalente e por uma Urgência Médico-Cirúrgica e pelos Serviços de Urgência Básica (SUB), distribuídos geograficamente no Sul com uma média entre cada SUB de 60km. Em média, verificaram-se por dia mais 122 episódios de urgência em 2021 do que em 2020. Sendo que a VMER A e B, pertencentes ao mesmo CH, localizado na Unidade Funcional I que abrange cerca de

295 321 habitantes residentes, nesta área geográfica, apresentaram um aumento em 2022, comparativamente a 2019, com 1678 e 1007 respetivamente (SNS, 2022). Apesar das dificuldades vivenciadas, com a carência de profissionais de Enfermagem e Medicina, os intervenientes esforçam-se em manter a operacionalidade das VMER A e B, que ronda os 100%, através das jornadas contínuas evitando a inoperacionalidade do meio a fim de garantir o socorro diferenciado.

A equipa de enfermagem das VMER A e B, é composta por 35 enfermeiros, que complementam a escala, através de turnos extras, cumprindo o horário obrigatório no seu serviço de origem. Dos trinta e cinco enfermeiros, 17 Enfermeiros pertencem à VMER A, colaborando também na escala da VMER B. Os respetivos Enf^{os} Coordenadores da VMER A e da VMER B também colaboram na operacionalização do meio. A prestação de cuidados contempla 24h por dia, 365 dias do ano, organizado por turnos de 12h e e/ou 6/8h: VMER A, turno da manhã, 9-21h, Noite 21-9h e/ou 9-15h ou 15h-21, adaptando-se sempre às necessidades do momento. Na VMER B, a manhã, corresponde ao período entre as 8h-20h, a noite 20h-8h, e os turnos de 8h das 8h-16h, 16h-00h ou 00h-8h.

A equipa médica das VMER A e B, é constituída por 39 médicos, que cumprem jornadas contínuas de 24h, 12h ou 8h, existindo dias da semana, que têm atribuído um dia fixo a determinado médico.

Conforme o Decreto-Lei nº 220/2007, de 29 de Maio as equipas médicas das VMER A e VMER B do CH, são constituídas por médico e enfermeiro, garantindo a assistência médica de emergência à população, com profissionais qualificados na abordagem e manuseamento dos doentes a nível pré-hospitalar e de assegurar adequada prestação de cuidados de saúde no pré-hospitalar e articular o transporte para as unidades de saúde adequadas (MS, 2007).

De ressaltar, que este CH, apesar de todas as dificuldades e os desafios dos últimos anos, o seu esforço foi reconhecido com uma bolsa “Capital Humano em Saúde”, iniciativa da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o objetivo do CH alcançar maiores ganhos para a saúde dos seus utentes.

Para a manutenção da excelência da sua ação, as equipas da VMER A e VMER B, reuniram-se de forma a partilhar o conhecimento adquirido, fomentando o espírito de grupo e a diferenciação técnica da equipa do CH, no sentido de rever e compilar a informação mais pertinente, executando protocolos de atuação e realizando artigos de opinião sobre temas não consensuais. Com este objetivo sempre presente, considera-se um benefício para os operacionais de outros centros, o que motivou a criação de uma newsletter cuja sua publicação é trimestral, com publicações transversais a todos os profissionais de emergência pré-hospitalar. O primeiro número foi editado a 5 de agosto de 2016, nas plataformas digitais e redes sociais.

De acordo com a equipa editorial, o alcance da revista tem permitido a colaboração de profissionais pertencentes a outros CH, na área de Urgência e Emergência a nível nacional, assim como contributos internacionais, promovendo assim a formação contínua e a atualização científica dos profissionais envolvidos nesta área (CHS, 2021b).

Em 2021, a celebração dos cinco anos da criação da revista fica marcada pela reestruturação deste projeto editorial, que passará a contar com dois números distintos: a “X – Revista de Emergência Médica”, de divulgação temática e âmbito nacional, e a “X SCIENTIFIC”, com revisão de pares e intenção de futura indexação.

1.3 – CENTRO HOSPITALAR DO NORTE

O Centro Hospitalar do Norte (CHN), E.P.E. foi criado a 1 de abril de 2011 com a fusão entre duas unidades Hospitalares, a Unidade Hospitalar do Norte, Entidade Pública Empresarial (UHN, EPE) e o hospital a Este, pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março (MS, 2011). A 3 de agosto de 2018 foi alterada a denominação para Centro Hospitalar Universitário, publicado no Diário da República, pelo Decreto-Lei nº61/2018 (Diário da República, 2018).

Esta fusão, conforme o Decreto-Lei supracitado, direciona para uma “lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos e da compatibilização de desígnios estratégicos” (MS, 2011, p. 1275), tem como missão a contribuição dos “melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação (...) e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais” (CHN, 2018, p. 16).

O CHN localiza-se no Norte do País e abrange a população das freguesias do concelho, centro de Referência para os distritos do Norte. Atua ainda como centro de referência em áreas geográficas mais alargadas, na Rede de Referência Hospitalar, nas áreas específicas de ponta, como por exemplo a *Extracorporeal Life Membrane Oxygenation* (ECMO) (MS, 2017).

O CHN dispõe de uma lotação oficial, antes da Pandemia, de 1.105 camas distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços, constituindo-se assim como a maior unidade hospitalar da zona norte (CHN, 2017).

O CHN tem como missão conferir os melhores cuidados de saúde, com altos níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a

investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais (CHN, 2018).

Pretende ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos tornando-se a marca referência no setor da saúde (CHN, 2018).

No exercício da sua atividade o CHN e os profissionais que constituem a sua equipa de trabalho observam e orientam-se pelos seguintes valores e princípios (CHN, 2023a):

- ⇒ Competência;
- ⇒ Transparência;
- ⇒ Humanismo;
- ⇒ União;
- ⇒ Paixão;
- ⇒ Solidariedade;
- ⇒ Rigor;
- ⇒ Ambição.

Princípios:

- ⇒ Reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa que o habita;
- ⇒ Centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade. Postura e prática com elevados padrões éticos;
- ⇒ Respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

O CHN, é composto por um Serviço de Urgência Polivalente, que aglomera um Centro de Trauma, definido na norma pelo Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014a) e de Medicina Intensiva. O Serviço de Medicina Intensiva abrange a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (12 camas), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral (16 camas) e a Unidade de Neurocríticos (Cuidados Intensivos /Intermédios), sendo 10 camas para Unidade intensiva Neurocríticos e 6 camas para a unidade Cuidados Intermédios e também a Unidade de Cuidados Intermédios Gerais (13 camas) (CHN, 2017).

O Serviço de Medicina Intensiva, é composto por um total de cinco unidades, tendo uma capacidade total de 66 camas, sendo que 38 camas são de cuidados de nível III e encontram-se distribuídas, nas unidades supracitadas e 28 camas de nível I e II, distribuídas da seguinte forma: 12 camas na Unidade de Cuidados Intermédios na Urgência, 10 camas na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente Geral e 6 camas nos Neurocríticos, segundo a Classificação de Valentin & Ferdinande (2011) e subscrita pela ACSS (2013).

1.4 – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA – UNIDADE DE NEUROCRÍTICOS

Nos pontos subsequentes, será realizada uma descrição do local onde foi realizado o Estágio Final, tendo por base a sua estrutura, recursos físicos e materiais, recursos humanos e a análise da gestão e produção de cuidados nas Unidade de Neurocríticos do Centro Hospitalar do Norte.

1.4.1 – Estrutura, recursos físicos e materiais

Fisicamente, o Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Neurocríticos (UCIN), localiza-se no piso oito, ala nascente do CH, é parte integrante da Unidade Autónoma de Gestão (UAG) do Serviço de Medicina Intensiva do CHN e visa o tratamento de doentes críticos, que apresentam lesão cerebral aguda.

A OE define as unidades de cuidados intensivos como sendo “uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais” (OE, 2018b, p.1). Assim sendo, observa-se um serviço dotado de recursos humanos, materiais e estruturais, capaz de garantir um tratamento eficiente à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuar noutros serviços do hospital.

A UCIN é composta pela unidade de cuidados intensivos e a unidade de cuidados intermédios, existindo articulação entre ambas na gestão das necessidades do doente e mobilidade do mesmo entre unidades.

Os doentes admitidos na UCIN, distinguem-se das unidades de medicina intensiva polivalente pelas patologias que apresentam, pela limitação de vagas, sendo atribuída preferência, a doentes com patologia do foro neurocirúrgico a carecer de tratamento diferenciado. A Unidade Cuidados Intensivos Neurocríticos, é uma unidade funcional com 10 camas de nível 3, sendo três delas em quartos de isolamento, caso exista necessidade do mesmo. A unidade apresenta um espaço amplo (open space) e contém as 10 camas, com acesso ao corredor e com 3 quartos cada um isolado de cada unidade. Cada unidade é composta por cama articulada que pode ser ajustada para várias disposições, consoante as diferentes condições neurológicas. Equipamentos avançados de monitorização, que

permite a avaliação contínua dos sinais vitais, como frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigénio e atividade cerebral, leitura de eletrocardiografia, frequência respiratória, capnografia, pressão arterial invasiva, temperatura e monitorização da pressão intracraniana (PIC), contribuindo para uma boa gestão nas intervenções de enfermagem na monitorização da oxigenação e perfusão cerebral. A unidade contempla monitor para gestão de sedação, monitor do índice bi-espectral (BIS). O índice bi-espectral é um instrumento que permite avaliar de forma objetiva o grau de sedação, processa a informação do eletroencefalograma (EEG) contínuo e calcula o valor, apresentando um número de 0 a 100, que avalia a medição direta do nível de consciência do doente e a sua resposta aos fármacos anestésicos e sedativos, permitindo monitorizar a supressão do mesmo provocada por fármacos como o propofol e tiopental, podendo detetar também possível atividade epileptiforme não convulsiva. A unidade disponibiliza um monitor específico para avaliação da oximetria transcutânea cerebral denominado por “INVOS”, é uma técnica contínua não invasiva que deteta isquemia e tem boa correlação com a saturação jugular de oxigénio (SjO_2), monitorizando as regiões cerebrais perfundidas pelas artérias cerebral média e cerebral anterior.

Cada unidade dispõe de um ventilador com capacidade para ventilação invasiva e não invasiva, volumétrica e pressurométrica, assim como duas seringas infusoras e bomba de infusão, sistema de vácuo de Aspiração, saída de Oxigénio e ar comprimido e ainda dois móveis de apoio. Cada unidade apresenta divisão para a triagem e gestão de resíduos hospitalares acondicionados do Grupo II (resíduos hospitalares não perigosos, saco preto), grupo III (risco biológico, saco branco) e material de cortantes e perfurantes, pertencente ao grupo IV.

Como referido anteriormente, a unidade localiza-se no oitavo piso do CHN, para aceder à mesma é necessário usar elevadores específicos que darão acesso a unidade. A entrada é controlada durante os dias da semana pela assistente administrativa e pela equipa, sendo necessário código de acesso, ou através da campainha que se encontra à entrada. Na entrada da unidade existe uma zona de trabalho composta por um balcão, destinado à assistente administrativa e cadeiras de espera, a UCIN localiza-se a oeste do balcão e a unidade de intermédios a este do mesmo.

À entrada da UCIN, encontra-se o gabinete da Enfermeira Chefe, um gabinete médico e um armazém, onde está guardado todo o material de consumo necessário, um laboratório, onde disponibiliza equipamentos de analisador de gases no sangue (Gasimetria) e para avaliação da osmolaridade, bem como o armazenamento de material que necessite de refrigeração, bem como outros equipamentos como bombas infusoras, monitores e outros equipamentos. No centro da UCIN encontra-se uma sala de trabalho, com visualização direta para as unidades dos doentes através de um vidro e um espaço para a gestão e

manuseamento dos fármacos, onde se encontra também uma máquina que permite a gestão automatizada de medicação, a Pyxis MedStation®, de cada doente segundo a prescrição.

A unidade de cuidados intermédios, localiza-se a este da entrada principal da UCIN e tem capacidade para 6 camas. De salientar que as duas unidades recebem preferencialmente doentes Neurocríticos, com exceção da ausência de vagas nas restantes unidades, recebendo doentes em situação crítica que não seja do foro neurológico. A estrutura e distribuição de recursos físicos é similar à unidade da UCIN, adaptado à realidade de doentes de nível II, indicado para doentes que necessitam de observação e monitorização contínua. Existe no perímetro externo da UCIN um vestuário masculino e feminino para a equipa, duas salas afetas às unidades, um espaço de refeição e uma sala para acolhimento da família do doente de forma a garantir privacidade e partilha de informação.

1.4.2 – Recursos Humanos

A UCIN é sustentada por uma equipa multidisciplinar, em presença física 24 horas por dia, com apoio externo, em caso de necessidade, particularmente do serviço de Medicina Física e de Reabilitação, bem como de técnicos auxiliares de diagnóstico, e de especialidades médicas das diversas áreas.

A equipa médica é composta por um diretor clínico da unidade, com uma equipa de cerca de 4 médicos especialistas, bem como médicos em regime de internato de especialidade. A equipa de Enfermagem é assegurada por 54 Enfermeiros, em que 52 enfermeiros estão na prestação direta de cuidados enfermagem.

Dos 54 enfermeiros, 15 detêm o título de EE, em que 10 são especialistas em EMC, 3 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 em Enfermagem Comunitária e 1 é especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A prestação de cuidados assenta no método de trabalho individual, estando sempre presente o espírito de entreajuda e o trabalho em equipa entre todos os elementos. A distribuição dos enfermeiros é feita por equipas com base na experiência profissional, competências acrescidas, título de Enfermeiro Especialista. A distribuição dos doentes, é realizada com base na norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, o rácio na UCIN compreende a distribuição de um enfermeiro para dois doentes. Os elementos designados como chefe e subchefe de equipa desempenham funções acrescidas de gestão e organização, nos turnos em que a enfermeira chefe e a enfermeira responsável não estão presentes. A estes

enfermeiros é atribuído apenas um doente, devido às restantes funções que necessita conciliar com a prestação de cuidados. Durante os turnos da manhã, incluindo o fim de semana e nas tardes de semana, existe a presença de um terceiro elemento, especialista em enfermagem de reabilitação, que realiza cuidados especializados de reabilitação aos doentes da unidade intensiva e da intermédia.

A equipa de enfermagem está distribuída por cinco equipas, duas de 11 elementos e três de 10 elementos. Na unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos, a prestação de cuidados inclui 9 enfermeiros no turno da manhã, em dia útil (8:00-15:30h), sendo um deles o enfermeiro chefe, um enfermeiro atribuído ao apoio à gestão, um enfermeiro afeto à realização de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação e seis enfermeiros na prestação de cuidados. No turno da tarde (15:00-22:30h), estão escalados 7 enfermeiros, em que um é EE em reabilitação e 6 afetos à prestação de cuidados. No turno da noite (22:00-08:30h) estão escalados 6 enfermeiros incluindo o enfermeiro responsável de equipa, que geralmente possui um doente atribuído.

Na unidade de cuidados intermédios, estão presentes três enfermeiros por turno, à exceção no turno da noite de fim-de-semana, em que estão presentes apenas dois enfermeiros, elementos integrantes da equipa de enfermagem da UCIN, com a igual aplicabilidade de horário. O horário de trabalho aplicado através do método roulement, com exceção dos elementos dedicados à gestão que têm horário fixo, desenvolvendo a sua atuação nas manhãs dos dias úteis. Nos restantes turnos, existe sempre um enfermeiro responsável de turno, que garante a prestação de cuidados a um único doente e às atividades relacionadas com a gestão se existir necessidade durante o seu turno.

1.4.3 – Análise da gestão e produção de cuidados

O CHN, é a unidade de referência a Norte do País, abarca um extenso território, em que a área norte do País, segundo o Censos 2021 abrange cerca de 3.173.370 habitantes, subdividindo-se em 4 Distritos no Norte. O Distrito onde se encontra a CHN, contempla cerca de 1.786,655 habitantes, sendo responsável pela prestação de cuidados de saúde nesta área geográfica. Segundo os dados apresentados no relatório de Contas de 2019, os indicadores de admissão de doentes nos serviços de urgência, os números indicam que 167.646 eram adultos e com uma admissão diária média de 459 adultos, sendo que foram efetuadas cerca de 5,794 intervenções cirúrgicas de carácter Urgente da Especialidade Neurocirurgia com necessidade de vaga em unidade de cuidados intensivos Neurocríticos.

A referenciação na rede e admissão do doente para a UCIN, proveniente das diversas especialidades médicas privilegia os critérios clínicos à visão sistémica do doente, bem como referenciação inter-hospitalar e o *bypass* entre o serviço de urgência de doentes em situação crítica e transportados/assistidos pela equipa VMER/Heli, em que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes estabelece o contacto com a unidade. De realçar que a UCIN recebe doentes do foro Neurocrítico visto que o CHN apresenta valência de neurocirurgia, radiologia de intervenção na área neurovascular e neurologia, com processo assistencial integrado entre a medicina intensiva e as referidas valências, assegurando a prática de neurointensivismo dentro de Serviço Medicina Intensiva.

Devido à situação pandémica do País, no início do ano de 2020 e a análise dos dados serem efetuados entre o mês de fevereiro e março, não foi possível obter os dados relativos aos indicadores da produção de cuidados na UCIN no ano 2019, por indisponibilidade da Enfermeira Chefe, devido à necessidade de uma reorganização e adaptação dos Enfermeiros. Os indicadores da qualidade da unidade estão associados a cada doente internado na UCIN e seguem as recomendações da Direção Geral da Saúde [DGS] para os serviços de medicina intensiva, ou seja, os indicadores da qualidade são avaliados de forma contínua através dos registos com escalas apropriadas para esse fim. A avaliação dos indicadores é realizada através dos dados dos registos de enfermagem, como a escalas de gravidade dos doentes internados (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* - APACHE II; *Simplified Acute Physiology Score* - SAPS II), o rácio das horas de trabalho necessário para cada doente, através do cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (*Therapeutic Intervention Scoring System* - TISS 28), o tempo médio de internamento na UCIN, assim como a taxa de mortalidade na unidade de cuidados intensivos e posterior transferência para internamento, a taxa de reinternamento até às 48 horas, o tempo médio de doente submetido a ventilação mecânica invasiva, assim como a necessidade de reintubações até às 48 horas, a incidência do eixo nas infeções nosocomiais, a incidência de complicações iatrogénicas e avaliação dos custos (DGS, 2003). Relativamente à avaliação do índice de carga de trabalho de enfermagem, é realizada através do instrumento TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*), o registo é realizado informaticamente no sistema através da ferramenta B-Simple, pelo enfermeiro durante o turno da noite, este registo é efetuado todos os dias e com um internamento superior a 6 horas na unidade.

A segurança do doente é a chave para manter o eixo da qualidade dos cuidados, reunindo várias estratégias, de forma a prevenir e evitar o erro. Neste sentido a equipa da UCIN, como já referido no ponto anterior, um grande grupo de profissionais desenvolve a sua atividade numa perspetiva multidisciplinar com as diversas categorias profissionais numa jornada contínua assegurando a continuidade dos cuidados ao doente.

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem desta unidade é o método individual de trabalho, sendo a teoria subjacente o modelo das atividades de vida, desenvolvido por Roper et al. (2001). Este método baseia-se nas atividades de vida diárias de que cada doente, como um indivíduo único e, como tal, requer um plano de cuidados personalizado e adaptado às suas necessidades específicas.

Como referido no ponto anterior o padrão de rácio enfermeiro / doente, é estabelecido de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, na prestação direta dos cuidados de enfermagem aos doentes, com base no Regulamento n.º 743/2019 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 184, de 25 de setembro de 2019, que recomendam os rácios mínimos de 1:2 em camas de nível III e de 1:3 em camas de nível II (OE, 2019b).

Na categoria profissional, Assistentes Operacionais, com formação adequada e enquadrada na missão assistencial dos Serviços de Medicina Intensiva, o rácio recomendado é de um assistente operacional para cada 8 doentes, sendo que nos turnos da manhã um assistente operacional para 6 doentes. Na UCINT, durante o turno da manhã, em dias de semana, existe a presença de um Assistente administrativo, está estabelecido por todos os Serviços de Medicina Intensiva a presença física de secretariado clínico, sendo recomendável um rácio de um assistente administrativo por 16 camas (CHN, 2023b). A UCIN também dispõe de recursos humanos adicionais qualificados em diversas áreas do saber, de acordo com os objetivos e missão do serviço, nomeadamente técnicos de diagnóstico e terapêutica, gestores, fisioterapeutas e várias especialidades médicas.

A enfermagem é constituída por um grande grupo de profissionais que desenvolvem a sua atividade de uma forma coletiva, com equipas de trabalho, assegurando a continuidade dos cuidados. Para que isso resulte é necessária a existência de uma boa metodologia de organização de trabalho associada a uma liderança. Neste sentido de forma a melhorar os cuidados de enfermagem, foram desenvolvidas dinâmicas de trabalho e em parceria com a equipa médica, com a existência de um conjunto de normas, protocolos e procedimentos, uniformizando e suportando os cuidados especializados ao doente Neurocrítico, regulando a prática profissional, melhorando de forma contínua a qualidade dos cuidados de enfermagem.

De salientar que as intervenções do enfermeiro são de dois tipos, autónomas e interdependentes (MS, 1996). As intervenções interdependentes de Enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico, são essenciais para a segurança dos cuidados e qualidade em saúde, tendo o enfermeiro o dever de corresponsabilizar-se, trabalhando em articulação com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, sendo o fim principal o bem-estar do doente. A autonomia deve estar presente na tomada de decisão, como profissionais com deveres legais e profissionais perante os doentes (Nunes, 2016).

Alusivamente à formação em serviço, é estabelecido um plano anual, após levantamento das necessidades da equipa. A equipa da UCIN é responsável pela formação no âmbito da monitorização hemodinâmica do doente neurocrítico e cuidados de enfermagem inerentes ao mesmo, no departamento de Medicina Intensiva, colaborando na área da formação nos serviços de medicina intensiva polivalente, sendo a formação realizada dentro do horário de trabalho, ou atribuído tempo destinado à formação.

2 – INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR

A intervenção profissional major surge no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem (ME). Está também integrada nas atividades desenvolvidas no contexto da unidade curricular Estágio Final. Assim, em paralelo com a aquisição e desenvolvimento das competências clínicas, foi desenvolvida uma Intervenção Profissional Major (IPM), com relevo acrescido comparativamente às outras atividades que integraram o estágio, enquadrada na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, definida para o ME.

Esta intervenção consiste num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvido tendo por base a metodologia de projeto. Para o desenvolvimento da IPM, foi assim utilizada a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010) como linha orientadora que, para além de retratar os conceitos fundamentais do planeamento em saúde, visa a resolução de problemas, permitindo assim a aquisição de conhecimentos e competências na elaboração de projetos numa situação concreta e real (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, a metodologia de projeto adota a estreita ligação entre a teoria, a investigação e a prática, considerando que esta se baseia no conhecimento teórico e da evidência para uma consequente aplicação em contexto prático (Ruivo et al., 2010), fomentando assim a aplicação da prática baseada na evidência. O planeamento em saúde, bem como a metodologia de projeto, deve inevitavelmente ser encarado como um processo ativo, consistente, contínuo e flexível, sendo praticável a integração de novos dados e estratégias, reformulando, se necessário, nunca considerando cada etapa como encerrada (Imperatori & Giraldes, 1993; Issel, 2014; Ruivo et al., 2010).

Os enfermeiros na sua prática diária, já trabalham tendo em conta a contínua melhoria da qualidade dos cuidados, numa constante identificação de problemas. De forma a resolver e/ ou minimizar esses problemas na vida das pessoas, realizam o planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

O referencial teórico escolhido para sustentar a IPM, foi a Teoria do Conforto de Katharine

Kolcaba, que orientou e suportou a conceção do projeto e todas as ações desenvolvidas em termos da prática de Enfermagem. A teoria do conforto de Kolcaba, propõe que o conforto é um estado de tranquilidade e alívio de desconforto físico, emocional, espiritual ou social, por apresentar uma abordagem holística para o cuidado de enfermagem, e o reconhecimento da importância do conforto para a recuperação e bem-estar do doente, tendo um papel fundamental na humanização dos cuidados, conferindo assim, alicerces importantes para promover as boas práticas e qualidade dos cuidados de enfermagem. Segundo a teórica, "O conforto é um estado que transcende o simples alívio da dor e desconforto. É um estado de tranquilidade e contentamento que pode ser alcançado por meio de cuidados adequados e da criação de um ambiente propício à cura" (Kolcaba, 1994, p.1180).

Efetivamente, a Enfermagem é Ciência, vocacionada para o Cuidar do Outro, que implica fundamentos teóricos, pelo que ao longo da história da Enfermagem, várias teorias e modelos de Enfermagem se foram desenvolvendo (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com Tomey e Alligood (2004), a enfermagem carece de teorias, pois são estas que conduzem à autonomia profissional, orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão. Além disso, as teorias de médio alcance são caracterizadas por incluir pormenores específicos da prática de enfermagem, fornecendo informações sobre o estado de saúde, a população ou a sua faixa etária, o local da prática e as intervenções realizadas pelos enfermeiros.

Como parte fundamental para o desenvolvimento desta IPM, no ponto seguinte irá ser descrita a fundamentação da problemática identificada, o enquadramento conceptual e teórico subjacente e descritas de forma pormenorizada, as etapas contempladas na metodologia de projeto, nomeadamente: o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento e execução e, finalmente, a avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

2.1 – FUNDAMENTAÇÃO: GESTÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO SOB VMI

Segundo a *International Association for the Study of Pain*, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial ao tecido, ou descrita em termos de tal dano” (Raja et al., 2020, p.1). A dor é também um sinónimo de “sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do

contato social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite e compromisso do processo de pensamento” (OE, 2008, p. 11).

Em Portugal, a gestão da dor tornou-se uma prioridade e ao longo dos últimos anos vários têm sido os esforços para dar resposta a esta questão (Niza, 2018). Nesse sentido, a DGS reconheceu a necessidade de melhorar a qualidade na abordagem da dor no final dos anos 90 em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, foram criadas estratégias de modo a gerir a dor, tais como o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado em Despacho a 26 de Março de 2001, posteriormente o Programa Nacional de Controlo da Dor e o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, de acordo com a circular normativa nº11/2008 (DGS, 2008).

O PNLCD, foi um modelo organizacional definido para ser desenvolvido pelos serviços de saúde de forma a serem estabelecidas orientações técnicas para promover a boa prática na gestão da dor. O mesmo esteve em vigor até 2008 tendo sido substituído pelo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR) que "pretende normalizar uma abordagem abrangente dos serviços prestadores de cuidados de saúde junto da população que sofre de dor aguda ou de dor crónica, promovendo o seu adequado diagnóstico e tratamento" (DGS, 2008, p.5) e em 2012, o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Em 2017, a DGS pretende dar continuidade à visão e missão dos planos anteriores através do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor.

De forma a sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da avaliação e registo da dor, sendo vista como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, a DGS emitiu em 2003 a circular normativa nº 09 que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever do profissional e um passo fundamental na humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2003).

Fundamentando através da teórica Kolcaba, o conforto é a satisfação das necessidades humanas básicas decorrentes de situações de cuidados de saúde stressantes, com o objetivo de alívio, tranquilidade ou transcendência no domínio físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 1994), considerando a mesma autora que a dor pode ser o maior distrator para o conforto do doente (Kolcaba, 2003).

No âmbito das competências comuns de enfermeiro e nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro tem um papel essencial na gestão da dor, contribuindo para a satisfação, bem-estar e autocuidado do doente. Deste modo, deve promover e intervir no controlo da dor, enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contato com os doentes (OE, 2008).

Atualmente, existem várias técnicas que permitem gerir o controle eficaz da dor, desta forma, o sucesso das estratégias definidas depende da monitorização adequada da dor, sendo crucial uma avaliação e registo da intensidade da dor de forma contínua, como

qualquer outro sinal vital, permitindo assim o ajuste terapêutico por parte dos profissionais de saúde promovendo uma maior segurança e qualidade dos cuidados (DGS, 2003).

Com a implementação da Circular Normativa n.º 09/2003, a DGS considerou essenciais vários aspetos que fomentem e sustentem uma norma de boa prática: o registo sistemático da dor; utilização de escalas para mensuração da dor; e inclusão da intensidade da dor numa folha de registo dos sinais e sintomas (DGS, 2003).

Apesar destes avanços, a gestão da dor ainda constitui uma problemática bastante presente na sociedade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), existem múltiplas barreiras no controlo da dor, associadas aos mitos, falsos conceitos e informação desadequada.

A *International Association for the Study of Pain* (2011) refere três tipos de barreiras à qualidade dos cuidados prestados na gestão da dor: relacionadas com os profissionais de saúde, relacionadas com os doentes e relacionadas com os serviços de saúde. Enquanto as barreiras relacionadas com os profissionais de saúde se centram na desatualização, as relacionadas com os doentes caracterizam-se pela falta de conhecimentos dos seus direitos. Por último, as barreiras relacionadas com os serviços de saúde centram-se na falta de infraestruturas, de pessoal especializado na adequada gestão da dor e atribuição de pouca importância à educação, fornecida aos profissionais de saúde sobre o controlo da dor.

Como vimos anteriormente, a participação do enfermeiro é indispensável. Contudo, por vezes os doentes sentem dificuldade em autoavaliar a sua dor como é o caso dos doentes críticos.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EEEMC-PSC, “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018a, p. 19362).

Segundo o mesmo Regulamento, uma das competências do EEEMC-PSC é “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”, sendo que uma das suas competências se refere à “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2018a, p. 19369, p. 19363). Assim, pode-se afirmar que é um dever do EE identificar alterações fisiológicas, emocionais e alterações de mal-estar; demonstrando conhecimento sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual nos cuidados à PSC ou falência orgânica; garantir a gestão da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Neste contexto, a avaliação da dor nestes doentes torna-se um desafio (Urden et al., 2014), dificultado pela inadequada aplicação dos instrumentos em uso (escala numérica e

escala qualitativa). A gestão eficaz da dor carece de uma avaliação segura e exata, o que depende do uso de escalas adequadas (Batalha et al., 2013).

A existência de várias referências à gestão da dor, salienta a importância do registo da mesma em ambiente hospitalar, no mínimo uma vez por turno, inclusive quando não existe referência ao diagnóstico de dor e sempre que se analisem sinais sugestivos de dor intensa, tais como alterações comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais (Batalha, L., 2016).

A SPCI (2012), refere que a dor deve ser avaliada e monitorizada uma vez turno, no início do mesmo e/ou antecedendo um procedimento doloroso, neste caso a gestão da dor deve ser efetuada durante o procedimento doloroso, 15 minutos após o mesmo e reavaliada 30 minutos após intervenção farmacológica ou não-farmacológica. Defende ainda que após a avaliação da dor deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais e privilegiar a autoavaliação no doente consciente e com funções cognitivas mantidas.

Para esta finalidade, existem diversas escalas que permitem avaliar a dor, pois de forma a controlá-la, torna-se crucial mensurá-la. De acordo com a DGS (2003) e a OE (2008) descreve várias escalas de avaliação da dor com várias especificidades incluindo o tipo de dor e a população-alvo. As várias escalas recomendadas como, a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica da Dor (NRS) são escalas válidas e fiáveis para doentes conscientes e colaboradores (DGS, 2003). A seleção correta da escala deve ser feita de acordo com a situação clínica da pessoa, sendo que, no que diz respeito à Escala Numérica, o doente pode atribuir um valor de 0 (dor nula) a 10 (dor máxima); a Escala Visual Analógica, permite ao doente marcar a posição onde se situa a sua dor, numa linha de 10 cm, onde uma extremidade corresponde a dor nula e a outra dor máxima, a Escala Descritiva Verbal em que o doente escolhe a palavra que mais se adequa à intensidade da sua dor e a Escala de Faces em que o doente escolhe a face que melhor caracteriza a sua dor (DGS, 2003).

Estas escalas permitem identificar a intensidade da dor do indivíduo, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia. A dificuldade na monitorização da dor surge quando estamos perante a pessoa em situação crítica habitualmente com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal (Teixeira & Durão, 2016).

O recurso a ventilação mecânica também constitui um obstáculo para a autoavaliação da dor em doentes críticos (Ferreira et al., 2014). Por sua vez, a ventilação mecânica é um ato clínico de suporte de vida, que assenta na substituição da função respiratória fisiológica por métodos alternativos através de um sistema que fornece suporte ventilatório e oxigénio

e facilita as trocas gasosas e o trabalho respiratório de uma pessoa com dificuldades respiratórias (Lima, 2020).

Nos doentes com recurso à VMI e impossibilitados de autoavaliar a dor, a mesma é avaliada de forma subjetiva, através de escalas de avaliação onde são considerados critérios como sendo a expressão facial e o movimento da pessoa no leito, bem como certos parâmetros fisiológicos tais como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória e a sudorese.

A dor em doentes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos (SPCI, 2012), e através de escalas próprias como a *Behavioral Pain Scale*, a *Adult Nonverbal Pain Scale*, *Nonverbal Pain Assessment Tool* e a *Critical-Care Pain Observation Tool*, que promovem uma abordagem sistematizada, melhorando a gestão da dor em contexto de Unidade Cuidados Intensivos (Cade, 2008).

Na pessoa em situação crítica sob Ventilação Mecânica Invasiva, sedada ou com alterações neurológicas e por isso impossibilitada de autoavaliar a dor, desde que a sua função motora permaneça intacta, as alterações comportamentais provenientes da presença de dor são observáveis, estando nestes casos aconselhado o uso da escala BPS (Ferreira et al., 2014).

De salientar que a escala BPS proporciona a avaliação da dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, permitindo à equipa reconhecer a presença ou ausência de dor, proporcionando a diminuição do nível de sedação e analgesia (Cade, 2008). A referida escala irá ser alvo de uma abordagem mais detalhada e com maior desenvolvimento mais adiante neste relatório.

A gestão da dor torna-se numa medida crucial, quer melhorando os *outcomes* no Doente Crítico, quer com evidentes ganhos económicos a nível organizacional, para além dos benefícios nos *outcomes* do doente.

A gestão da dor é um dos elementos-chave na promoção do conforto e uma medida essencial na prevenção de complicações a curto e a longo prazo. De acordo com o *Ministry of Health - Region of Madrid*, (2017), ao intercedermos na gestão da dor podemos reduzir o stress pós-traumático que advém dos internamentos, e também prevenir a dor crónica, já que a persistência da dor aguda, pode transformar-se em dor crónica.

A temática em estudo, advém de uma necessidade profissional proveniente da prática diária de cuidados a doentes submetidos a VMI, em que a gestão eficaz da dor é fundamental e carece de uma avaliação segura e exata, o que depende do uso de escalas (Batalha et al., 2013), quer num doente em Unidade de Cuidados Intensivos, como na emergência extra-hospitalar. Abordando a gestão da dor no doente sedado sob ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar, percebe-se que existe uma escassez na área de investigação. Além dos problemas observados na analgesia de emergência pré-

hospitalar, existem necessidades que não são valorizadas, como a dor aguda. Um número considerável de estudos mostrou que a dor é avaliada apenas em alguns dos doentes. A dor aguda é frequentemente mal avaliada e tratada inadequadamente em ambiente pré-hospitalar (Bakkelund et al., 2013).

É fundamental a implementação de “estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes que são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional” (OE, 2008, p.11). Todos os profissionais envolvidos no cuidar da PSC com dor, devem ter preocupação na avaliação da dor, na identificação de áreas de melhoria, na definição de planos de melhoria, tais como na implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação, bem como realizar formação aos profissionais de forma a melhorar a prática baseando-se na evidência disponível (Glowacki, 2015).

Tendo como finalidade contribuir para a gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica em contexto Pré-hospitalar, submeteu-se o projeto a desenvolver à apreciação da Instituição de Ensino Superior que detém a gestão administrativa do ME (Apêndice I), o qual obteve a aprovação (Anexo I), intitulando-se o mesmo como “Gestão da Dor no doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar”, enquadrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, definida para o Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

Seguidamente, no próximo ponto deste relatório, passaremos ao desenvolvimento do enquadramento concetual e teórico.

2.2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A fusão da teoria com a investigação contribui para o desenvolvimento e melhoria da prática profissional. Neste contexto, as teorias de enfermagem têm favorecido a implementação de evidência científica a partir do desenvolvimento dos metaparadigmas de enfermagem – saúde, ambiente, enfermagem e pessoa (Cardoso et al., 2019). Dessa forma, é necessário recorrer a um referencial teórico, de modo a sustentar a Intervenção Profissional Major. Tendo por base a temática escolhida, o referencial teórico adotado foi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

2.2.1 – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba é uma teoria de enfermagem de médio alcance que foi desenvolvida por Katharine Kolcaba nos anos 90. Kolcaba define o conforto como a satisfação (de forma ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas decorrentes de situações de cuidados de saúde stressantes, com o objetivo de alívio, tranquilidade ou transcendência no domínio físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 1994).

O contexto físico inclui as sensações físicas do doente e as suas funções corporais. O contexto psicoespiritual engloba as necessidades emocionais e espirituais do paciente. O contexto sociocultural envolve os antecedentes culturais, valores, crenças e redes de apoio social do paciente. O contexto ambiental inclui o ambiente físico do doente, tal como o ruído, a iluminação e a temperatura. Kolcaba propõe que estes quatro contextos estejam interligados e devem ser considerados como um todo quando se trata de prestar cuidados de conforto (Kolcaba, 1994).

De acordo com Kolcaba, o conforto é alcançado através de três processos: alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o processo de lidar com o desconforto físico ou emocional do doente em que se administra medicação para a dor a fim de aliviar a dor física ou fornecer apoio emocional para aliviar a ansiedade. Já a tranquilidade é o processo de promover o relaxamento e a tranquilidade, onde o enfermeiro deve proporcionar um ambiente calmo e tranquilo para o paciente. Por fim, a transcendência é o processo de ajudar o doente a encontrar sentido e propósito na sua experiência, sendo conseguido, por exemplo, ao fornecer apoio espiritual a um paciente que está a enfrentar uma doença que ameaça a vida (Khan, 2017).

A Teoria do Conforto de Kolcaba tem três componentes: a avaliação das necessidades de conforto, o plano de cuidados de conforto, e a avaliação do conforto. A avaliação das necessidades de conforto envolve a identificação das necessidades de conforto do doente nos quatro contextos da experiência. O plano de cuidados de conforto envolve o desenvolvimento de um plano de cuidados que aborda as necessidades de conforto do paciente. A avaliação do conforto envolve a avaliação da eficácia do plano de cuidados de conforto em satisfazer as necessidades de conforto do doente (Kolcaba, 1994).

A avaliação das necessidades de conforto é uma componente importante da teoria de Kolcaba. Ela envolve a identificação das necessidades de conforto do doente nos quatro contextos de experiência. O contexto físico inclui a avaliação do nível de dor do doente, sinais vitais, e funcionamento físico. O contexto psicoespiritual envolve a avaliação das necessidades emocionais e espirituais do doente, tais como o seu nível de ansiedade ou a

sua necessidade de apoio espiritual. O contexto sociocultural envolve a avaliação dos antecedentes culturais, valores, crenças, e redes de apoio social do doente. O contexto ambiental envolve a avaliação do ambiente físico do doente, tal como o ruído, a iluminação e a temperatura (Kolcaba, 1994).

O plano de cuidados de conforto é desenvolvido com base na avaliação das necessidades de conforto. Envolve o desenvolvimento de um plano de cuidados que aborda as necessidades de conforto do doente. O plano de cuidados deve ser individualizado para satisfazer as necessidades específicas do doente nos quatro contextos de experiência. Por exemplo, se um doente está a sentir dor física, o plano de cuidados pode envolver a administração de medicação para a dor ou o uso de técnicas não-farmacológicas de gestão da dor. Se um doente está a passar por um sofrimento emocional, o plano de cuidados pode envolver o fornecimento de apoio emocional ou aconselhamento. Se um doente tem necessidades culturais ou espirituais, o plano de cuidados pode envolver o fornecimento de apoio cultural ou espiritual (Chandra et al., 2016).

A avaliação do conforto é a componente final da Teoria do Conforto de Kolcaba. Envolve a avaliação da eficácia do plano de cuidados de conforto na satisfação das necessidades de conforto do doente. A avaliação deve ser contínua e deve envolver a avaliação das necessidades de conforto do doente e a eficácia do plano de cuidados para satisfazer essas necessidades. Se o plano de cuidados não for eficaz na satisfação das necessidades de conforto do doente, devem ser feitos ajustamentos ao plano de cuidados (Chandra et al., 2016).

De acordo com Kolcaba, as intervenções de enfermagem que promovam conforto podem ter consequências positivas nos cuidados ao doente crítico, perspetivando uma melhoria progressiva na recuperação (Bravo, 2020). Neste contexto, o enfermeiro assume um papel crucial no processo de cuidar, de forma a promover o conforto do doente, como EE, é expectável que o mesmo consiga antecipar e reconhecer quais os fatores promotores de desconforto para o doente crítico e agir em conformidade no sentido de promover o conforto (Bravo, 2020).

A Teoria do Conforto de Kolcaba tem sido amplamente utilizada na prática e pesquisa de enfermagem. A teoria tem sido aplicada numa variedade de cenários clínicos, incluindo cuidados agudos, cuidados a longo prazo e cuidados hospitalares.

2.2.2 – A dor

Visto que o presente trabalho se centra na gestão da dor, convém salientar em que consiste a dor. Conforme a DGS (2001), a dor é um fenómeno complexo, constantemente

especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida. É o dói e o por que dói, condição indispensável para a idealização de uma correta caracterização clínica e de uma adequada estratégia terapêutica (DGS, 2001).

Já segundo a DGS (2008), a dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. A Ordem dos Enfermeiros (2008) acrescenta que: a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. Refere ainda, que nos últimos anos, a dor tem sido contextualizada como uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Deste modo, fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade.

Segundo a circular normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003, emitida pela DGS, a dor é assinalada como 5º sinal vital, atendendo a que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde;
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde;
- c) Existem, atualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor;
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor;
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes;
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais (DGS, 2003, p.1),

de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

Assim sendo, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: o registo sistemático da intensidade da Dor; a utilização de escalas para mensuração da intensidade da Dor, bem como, a inclusão na folha de registo dos sinais vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor (DGS, 2003).

Segundo a DGS (2013) salienta que ao considerar a dor como 5º sinal vital, faz com que exista um sinal de alarme para a integridade do indivíduo, bem como para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias. Contudo, não deve ser causa de sofrimento desnecessário. Numa fase anterior, a DGS (2008) afirmava que apesar da avaliação e registo da dor, em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, tal como acontece com os outros 4 sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal), a circular normativa n.º 9/DGCG de 14/06/2003, não é aplicada em muitos serviços de saúde, devendo-se ao desconhecimento e à falta de sensibilização para o dever dos profissionais de saúde e direito das pessoas.

De modo a avaliar e a controlar a dor, a Ordem dos Enfermeiros (2008) estabelece 14 princípios, que os enfermeiros devem cumprir. Os princípios da avaliação e controlo da dor, são os seguintes:

1. Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
2. A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica;
3. A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas;
4. A perceção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida;
5. A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;
6. A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
7. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
8. Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor;
9. A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família;
10. A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;
11. Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado;
12. Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional;

13. Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor;

14. Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor.

Importa ainda salientar que existem dois tipos de dor, a aguda e a crónica. A aguda é de curta duração, sendo que geralmente corresponde a um processo de tratamento não superior a 30 dias. Já a dor crónica, persiste por mais de 6 meses após a lesão que lhe deu origem e depois de iniciado o processo de tratamento que pode ou não, estar associada a uma lesão aparente (Urden et al., 2014).

A dor, em particular a dor crónica, tem impacto na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, cuidadores e amigos (DGS, 2017). A prevalência da dor crónica na população portuguesa adulta excede os 30% e quando considerada apenas a dor de intensidade moderada a forte excede os 14% (DGS, 2017).

Com base numa problemática atual, nomeadamente a dor, não pode ser tratada de forma eficaz, se não for adequadamente avaliada, através de escalas validadas para avaliar a dor no ambiente pré-hospitalar e departamento de emergência. Segundo as diretrizes da *European Society of Emergency Medicine* [ESEM] (2020) nas *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations* para o manuseamento da dor aguda em emergências, recomendam escalas de dor, divididas em categorias, estão disponíveis ferramentas simples e rápidas para avaliar a dor no ambiente pré-hospitalar, especialmente em doentes que são capazes de comunicar verbalmente. A escala de classificação numérica (NRS) é a ferramenta de avaliação mais usada em adultos no ambiente pré-hospitalar. Referem ainda a importância de aplicação de protocolos para avaliar a dor, inclusive apresentam um estudo observacional, prospetivo na aplicação de um protocolo, cujos resultados revelaram uma melhora média no score de dor (ESEM, 2020)

2.2.3 – Behavioral Pain Scale

A utilização da Behavioral Pain Scale no pré-hospitalar é um tema de pesquisa em desenvolvimento, e atualmente há uma falta de evidências conclusivas sobre a sua eficácia nesse contexto. A maioria dos estudos sobre a escala BPS até ao momento foram realizados em contextos hospitalares, particularmente em unidades de cuidados intensivos.

No entanto, algumas pesquisas preliminares, indicam que a escala BPS pode ser uma ferramenta útil para avaliar a dor em contexto pré-hospitalar. De salientar que no ambiente pré-hospitalar, muitas das situações, os doentes são sedados e submetidos a procedimentos invasivos como a ventilação mecânica invasiva, expostos aos riscos inerentes à técnica com o agravamento que se encontram num meio que não é controlado com diversos fatores externos, ficando uma zona vazia acerca desta temática importante na gestão da dor deste tipo de doente, que não consegue verbalizar de forma a quantificar a sua dor (Ricard-Hibon et al., 2004).

É de ressaltar a importância de serem realizados mais estudos que comprovem a evidência sobre a temática em contexto pré-hospitalar (ESEM, 2020).

Segundo Batalha et al. (2013), a BPS foi desenvolvida com base no estudo de Puntillo et al. (1997), sendo este efetuado no Hospital Albert Michallon em Grenoble – França e tendo em conta, a relação entre a expressão facial, movimento dos membros superiores e a adaptação ao ventilador com o autorrelato de dor em doentes cirúrgicos. Nesse sentido, a BPS pode ser representada como consta na Tabela 1.

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

Tabela 1 – BPS: Tradução e adaptação da versão portuguesa (Batalha et al., 2013)

Payen et al. (2001) com base nos indicadores de Puntillo et al. (1997) conceberam a BPS, em que cada indicador foi categorizado em 4 descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima). A Tabela 2 representa essa pontuação e respetiva interpretação (Batalha et al., 2013).

Pontuação	Interpretação
3	Sem dor
4-5	Dor moderada
6-7	Dor em quantidade inaceitável
12	Dor máxima

Tabela 2 – Interpretação da pontuação da BPS (Batalha et al., 2013)

Desde o estudo de Payen et al. (2001) que a escala BPS é utilizada em doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva incapaz de autoavaliar a dor, sendo a indicada pela SPCI (2016) após estudo nas Unidades de Cuidados Intensivos Portuguesas. Esta escala foi submetida a avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validada semântica e culturalmente para a população portuguesa (Batalha et al., 2013).

Ainda segundo Batalha et al. (2013), a BPS não é uma escala perfeita, pois não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. Também existem fatores que influenciam a capacidade de o doente exibir os movimentos dos membros, tais como os fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares, a condição física (fraqueza) do doente e o uso de contenção física para segurança (dispositivos terapêuticos, prevenção da autoflagelação, estabilização de articulações). Por outro lado, permanece alguma ambiguidade em relação aos itens do indicador adaptação ao ventilador.

Apesar das limitações, a escala BPS é utilizada para avaliar a dor em doentes críticos submetidos a ventilação mecânica invasiva. Exemplo disso é o estudo de Aissaoui et al. (2005), que através de 360 observações em 30 pacientes, concluíram que a escala BPS mostrou fiabilidade interna (α cronbach = 0.72), coeficientes de correlação altos (0.95) e validade demonstrada com alterações significativas (aumento) nos valores da BPS durante os procedimentos dolorosos. Importa ainda salientar que a avaliação foi feita em dois momentos diferentes, com o doente em descanso e durante procedimentos dolorosos.

Young et al. (2006) decidiram realizar um outro estudo, de modo a validar a escala BPS em doentes ventilados, inconscientes e/ou sedados, submetidos à realização de procedimentos dolorosos e não dolorosos. Assim como no estudo de Aissaoui et al. (2005), a BPS demonstrou ser uma ferramenta válida e confiável na avaliação da dor no paciente sedado inconsciente. O estudo de Young et al. (2006) também revelou que os indicadores tradicionais de dor, como flutuações nos parâmetros hemodinâmicos, nem sempre são uma medida precisa para a avaliação da dor em doentes inconscientes e, como tal, medidas mais objetivas de avaliação da dor são essenciais.

Apesar da escala BPS ser uma ferramenta útil para avaliar a dor, em doentes críticos, a sua aplicabilidade em contexto pré-hospitalar não está explorada. Todavia importa sempre

ter em conta, a qualidade em saúde e a segurança do doente, aspetos abordados seguidamente.

2.2.4 – Qualidade em saúde e a segurança do doente

Antes de abordarmos em que consiste “qualidade em saúde” convém salientar as características do termo “qualidade”. Conforme a Organização Mundial da Saúde (2020), o conceito de qualidade não é entendido da mesma forma para todos os teóricos. No seio da comunidade mundial da saúde, tem sido usada a definição do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (2001), que apresenta qualidade como: “A medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (Organização Mundial da Saúde, 2020, p. 13).

As dimensões gerais do conceito de qualidade também não são consensuais. Contudo, a Organização Mundial da Saúde (2020) destaca que os serviços de saúde de qualidade devem ser:

- ⇒ Eficazes: prestando cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam;
- ⇒ Seguros: evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam;
- ⇒ Centrados nas pessoas: prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos.

Para além disso, os serviços de saúde terão de ser:

- ⇒ Oportunos: reduzindo os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados;
- ⇒ Equitativos: prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política;
- ⇒ Integrados: prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida;
- ⇒ Eficientes: maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício.

Em Portugal, a DGS tem definido estratégias no sentido de se alcançar a qualidade em saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, foi aprovada pelo Despacho n.º 14223/2009 e tinha em consideração, os valores da responsabilidade, confidencialidade e transparência. Esta Estratégia apresentava as seguintes prioridades de atuação:

- 1) Qualidade clínica e organizacional;
- 2) Informação transparente ao cidadão;
- 3) Segurança do doente;
- 4) Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
- 5) Gestão integrada da doença e inovação;
- 6) Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- 7) Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.

Depois desta, foi criado o Despacho n.º 5613/2015, que aprovou a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Esta pretende garantir e reforçar a anterior Estratégia Nacional, assegurando que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Tem, assim, como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (MS, 2015a). Nesse sentido, adota prioridades estratégicas de atuação, tais como:

- ⇒ Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- ⇒ Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- ⇒ Reforço da segurança dos doentes;
- ⇒ Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- ⇒ Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- ⇒ Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Como podemos constatar, a segurança do doente é uma das prioridades da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Desse modo, é desenvolvido, o Programa Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 segundo o despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Antes de abordarmos este Programa, importa definir o que se entende por “segurança do doente”.

Conforme a DGS (2011), um “doente” é a pessoa que recebe os cuidados de saúde para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde. Já a “segurança” consiste na redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Nesse sentido, “segurança do doente” traduz-se na redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, sendo que um mínimo aceitável se refere à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

O atual Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 tem como principal objetivo fortalecer e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, com foco especial no Serviço Nacional de Saúde. Isso inclui a garantia da segurança tanto em ambientes tradicionais de saúde quanto em contextos modernos, como o domicílio e a telessaúde. O plano reconhece a importância de princípios fundamentais que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação efetiva e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.

O PNSD 2021-2026 constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores, lideranças intermédias, gestores de risco e profissionais de saúde, exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e nos seus cuidados.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 é estruturado em cinco pilares fundamentais que sustentam a consolidação e evolução da segurança do paciente. Esses pilares fornecem uma base sólida para a implementação de ações específicas que visam alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

- 1) Aumentar a cultura de segurança;
- 2) Liderança e governação;
- 3) Aumentar a segurança da comunicação;
- 4) Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
- 5) Práticas seguras em ambientes seguros.

A qualidade em saúde e a segurança dos doentes são aspetos fundamentais em doentes sedados sob Ventilação Mecânica Invasiva, visto que estes doentes estão numa situação de maior vulnerabilidade e a difícil comunicação ainda gera mais desafios. Dessa forma é necessário, uma boa estrutura, organização e efetividade no processo de segurança, permitindo reduzir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida destes doentes.

Apesar da gravidade dos doentes é importante monitorizar também, a qualidade dos cuidados, de modo a serem reduzidos os efeitos adversos nos cuidados prestados.

Também a escala BPS, deve ter em conta a qualidade e a segurança, sendo uma ferramenta com linguagem objetiva, adequada e segura ao doente, promovendo a sua integração com benefícios reais e produzindo um indicador de estado clínico e de qualidade dos cuidados de enfermagem. Deve ser assim, um instrumento que permite a investigação sobre a dor, tendo em conta o comportamento do doente e uma linguagem universal entre os profissionais de saúde. Desse modo, tem de ser útil, fidedigna, simples, objetiva e discriminatória na avaliação da dor, que assegure a mensuração objetiva, independentemente da experiência do enfermeiro e tendo em conta, o plano de atividades.

Os Enfermeiros Especialistas independentemente da sua área de especialização devem ter um papel preponderante no reforço da qualidade em saúde e na segurança do doente. No entanto, de acordo com Santos (2017), a competência e a formação em qualidade e segurança ainda não são transversais a todos os enfermeiros, sendo necessário, promover uma cultura que promova a qualidade e a segurança como ponto chave, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Seguidamente, considerando as etapas da metodologia de projeto, passaremos a abordar o diagnóstico de situação.

2.3 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Para o desenvolvimento da presente intervenção optou-se pela metodologia de projeto como estratégia de desenvolvimento do trabalho em causa. Segundo Ruivo et al. (2010) a metodologia de projeto pode ser definida como um “conjunto de operações que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (p. 3). Tendo em conta que esta é uma metodologia de investigação por excelência, a finalidade desta é dar resposta ao problema identificado.

Ainda nas palavras de Ruivo et al. (2010) “um projeto desenvolve-se num determinado quadro, contextual, prescritivo e normativo, a partir da identificação de problemas e/ou necessidades, propondo objetivos, planeando a organização de ações no tempo e mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado” (p. 4).

No início de todo o projeto é fundamental a realização de um diagnóstico da situação atual, que consiste em identificar os problemas e criar um mapa cognitivo para construir um modelo descritivo da realidade em que se atua. Esse processo busca promover mudanças significativas e duradouras (Ruivo et al., 2010).

Os autores afirmam que o objetivo principal da fase de diagnóstico da situação é identificar as principais questões que surgem a partir de uma determinada situação, bem como assinalar as necessidades sentidas, visando reconhecer as origens dos problemas e as suas consequências. Esse processo deve ser contínuo, flexível e dinâmico para permitir a realização de atualizações e alterações quando necessário o (Ruivo et al., 2010).

Em projetos relacionados à área da saúde, é indispensável fazer uma análise das necessidades da população, para desenvolver intervenções e estratégias capazes de mitigar e eliminar essas necessidades, utilizando os recursos disponíveis e promovendo a motivação e autonomia da população, que são fundamentais para alcançar mudanças efetivas (Ruivo et al., 2010).

A análise *SWOT*¹ pode ser aplicada em diversas áreas, inclusive na Enfermagem, com o objetivo de identificar os pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças. Para sustentar e potenciar a IPM, foi realizada uma análise *SWOT* (Apêndice II). Segundo Ruivo et al. (2010), a análise das fraquezas, ameaças, forças e oportunidades “permite a reflexão e a confrontação com fatores positivos e negativos” (p. 14), permitiu assim, uma reflexão sobre os mesmos, no desenvolvimento da IPM. Após análise, conclui-se que os fatores positivos sobressaem em relação aos negativos, permitindo uma maior confiança na IPM. Paralelamente foi aplicado um questionário à equipa, que será descrito adiante.

Para realizar o diagnóstico de situação foi desenvolvido e aplicado um questionário de pré-intervenção, como instrumento de diagnóstico de situação para aferir o conhecimento da Equipa multidisciplinar das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação de A e B acerca da temática da gestão da Dor, e do conhecimento da BPS para avaliação da dor. Este questionário foi constituído por 3 partes: caracterização sociodemográfica, caracterização académica e profissional por grupo profissional e experiência/conhecimentos sobre avaliação e gestão da dor, considerando a escala BPS e pertinência da sua implementação. O questionário aplicado pode ser consultado no Apêndice III.

Os questionários foram preenchidos pelos elementos da equipa multidisciplinar (Enfermeiros e Médicos) no mês de junho de 2020, sendo facultado à equipa, através de um link de acesso ao questionário na plataforma Google Forms®.

A confidencialidade dos dados foi assegurada através da validação de um consentimento informado, esclarecido e livre, inserido no início do referido questionário (Apêndice III) e aceite por todos os elementos da equipa.

Passa-se a apresentar os resultados obtidos e a sua interpretação, tendo-se recorrido à estatística para a análise das respostas. A análise descritiva dos resultados foi efetuada através de frequências absolutas e relativas e de representação gráfica.

¹ Legenda: S – Strengths/Forças; W – Weaknesses/Fraquezas; O – Opportunities/Oportunidades; e T – Threats/Ameaças.

No total foram obtidas 73 respostas ao questionário que representa a totalidade de ambas as equipas da VMER A e B.

Começa-se por fazer a caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos elementos da equipa multidisciplinar que compõem a amostra. Dos 73 profissionais de saúde, e como se pode observar pelo Gráfico 1, 46,6% (n=34) são enfermeiros e 53,4% (n=39) são médicos.

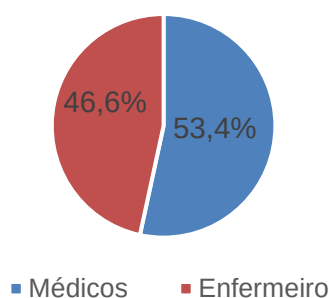


Gráfico 1 – Caracterização dos elementos da equipa multidisciplinar segundo a categoria profissional (Elaboração própria)

Relativamente às faixas etárias podemos averiguar que a maior percentagem se situa na faixa entre os 31-40 anos correspondendo a 46,6% (n=15 enfermeiros e n=19 médicos) seguida da faixa dos 41 aos 50 anos com 30,1% (n=11 enfermeiros e n=11 médicos), a faixa etária entre os 20-30 anos que corresponde a 12,3% (n=1 enfermeiro e n=8 médicos), sendo que a faixa etária >50 anos, encontra-se em menor percentagem (11%), como é demonstrado na Tabela 3.

CATEGORIA PROFISSIONAL				
IDADE (anos)	Enfermeiro	Médico	Total geral	%
20-30	1	8	9	12,3
31-40	15	19	34	46,6
41-50	11	11	22	30,1
>50	7	1	8	11
TOTAL GERAL	34	39	73	100

Tabela 3 – Distribuição da equipa multidisciplinar por faixa etária (Elaboração própria)

A questão seguinte teve como objetivo aferir quantos profissionais de saúde a trabalhar na VMER eram especialistas, considerando a classe Médica e a classe de Enfermagem. De acordo com as respostas, 57,5% dos profissionais são especialistas enquanto 42,5% não o são (médicos e enfermeiros).

Acrescenta-se que dos 57,5% em termos de especialidade, na categoria Médica as áreas que prevalecem são: Medicina Interna com 23% seguido de Anestesiologia com 12,2%.

Na equipa Enfermagem dos 34 enfermeiros, que compõem a equipa de enfermagem da VMER A e B (46,6%), verificamos que 62% (n=21) eram detentores do grau de Licenciatura e 38% (n=13) detentores do título de Especialista, como se pode observar pelo Gráfico 2.

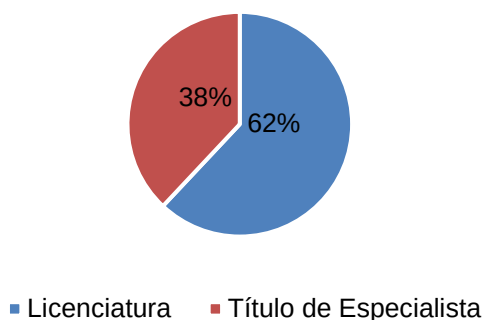


Gráfico 2 – Enfermeiros detentores do título de especialidade em Enfermagem (Elaboração própria)

De salientar que da totalidade dos enfermeiros que detêm o título de especialista, 54% (n=7) são na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, seguido de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica com 23% (n=3), seguido de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica 15% (n=2) e por último um elemento com especialidade em Enfermagem Comunitária (8%) tal como é apresentado no Gráfico 3.

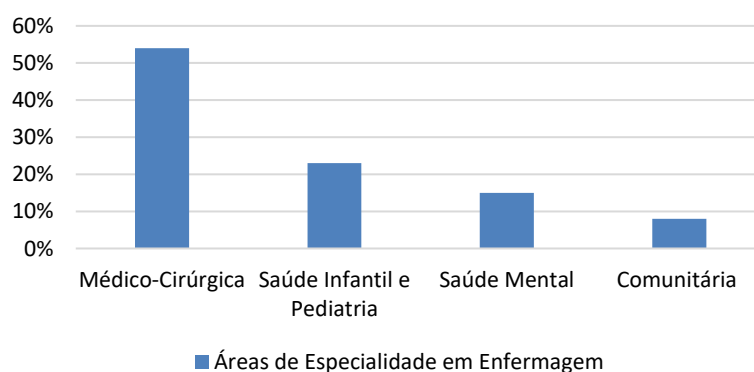


Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros por área de especialidade em Enfermagem (Elaboração própria)

Nas tabelas seguintes, apresentam-se os dados relativos à experiência em cuidados ao doente crítico, bem como experiência em cuidados intensivos, dados relevantes para acentuar a importância da temática escolhida para a IPM.

Na Tabela 4, verifica-se a experiência em cuidados à pessoa em situação crítica na equipa multidisciplinar da equipa da VMER (Médico e Enfermeiro). Na equipa de Enfermagem, a amostra total tinha mais de 11 anos de experiência em cuidados ao doente crítico, sendo 14% ($n=10$) entre os 11-15 anos, já 11% ($n=8$) tem entre os 16-20 anos, cerca de 9,5% ($n=7$) tem mais de 21 anos, bem como, outros sete elementos (9,5%) têm entre os 06-10 anos. Dois elementos (3%) tinham menos de 5 anos de experiência em cuidados à pessoa em situação crítica. Na equipa médica, apresenta uma maior prevalência em menos de 5 anos, com 31% ($n=23$), sendo que 9% ($n=7$) tem entre os 11 e 15 anos, cinco elementos (7%) tinham entre 6 e 10 anos e os restantes quatro elementos superior a 16 anos (6%).

EXPERIÊNCIA EM DOENTE CRÍTICO (ANOS)						
CATEGORIA PROFISSIONAL:	>21	16-20	11-15	6-10	0-5	Total geral
ENFERMEIRO	9,5%	11%	14%	9,5%	3%	47%
MÉDICO	3%	3%	9%	7%	31%	53%
TOTAL GERAL	12,5 %	14%	23%	16,50%	34%	100,00%

Tabela 4 – Experiência da equipa multidisciplinar em cuidados ao doente crítico (Elaboração própria)

Quando aplicada a questão relativa à experiência em cuidados intensivos, grande parte da equipa de enfermagem, 25% ($n=18$) referem não ter nenhuma experiência, 13% ($n=10$) têm menos de 5 anos. Dois elementos (3%), nos anos compreendidos entre os 6-10 anos, 11-15 anos e a mesma percentagem de 3% ($n=2$) entre os 16-20 anos. A experiência da equipa de enfermagem em cuidados à pessoa em situação crítica incide na experiência no Serviço de Urgência geral e básica, assim como nos diversos meios do extra-hospitalar, como a ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) e dois elementos pertencem à equipa de cuidados intensivos pediátricos e neonatais. Relativamente à equipa médica, a análise dos resultados demonstra que, 38% ($n=28$) têm menos de 5 anos e 7 elementos (9%) não tem experiência em cuidados intensivos, 3% ($n=2$) têm entre 6-10 anos e os 11-15 anos, não existindo nenhum elemento com experiência superior a 16 anos, como se pode observar na Tabela 5.

EXPERIÊNCIA EM CUIDADOS INTENSIVOS (ANOS)						
CATEGORIA PROFISSIONAL:	16-20	11-15	6-10	0-5	Nenhuma	Total geral
ENFERMEIRO	3%	3%	3%	13%	25%	47%
MÉDICO	0%	3%	3%	38%	9%	53%
TOTAL GERAL	3%	6%	6%	51%	34%	100,00%

Tabela 5 – Experiência da equipa multidisciplinar em Cuidados Intensivos (Elaboração própria)

Após análise detalhada das classes profissionais inseridas no meio VMER, as questões seguintes abrangem a análise contemplando a totalidade da equipa multidisciplinar, enfermeiros e médicos.

O seguinte gráfico mostra a experiência em cuidados à pessoa em situação crítica e a experiência da equipa Multidisciplinar no meio de Emergência, VMER.

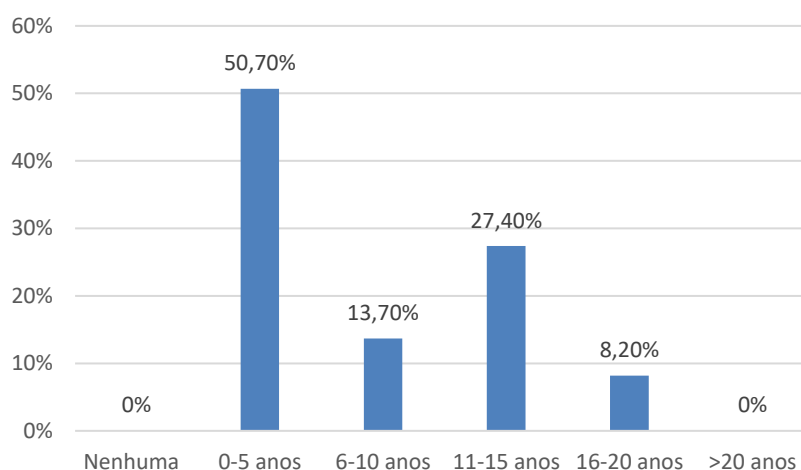


Gráfico 4 – Experiência da equipa multidisciplinar em VMER (anos) (Elaboração própria)

No Gráfico 4, cerca de 50,7% ($n=10$ Enfermeiros e $n=27$ Médicos), entre 0-5 anos têm experiência em contexto VMER, 27,40% ($n=13$ Enfermeiros e $n=7$ Médicos) corresponde entre 11-15 anos. Relativamente ao período entre os 6 a 10 anos corresponde a 13,70% da equipa ($n=7$ Enfermeiros e $n=3$ Médicos). Quatro elementos de enfermagem e dois elementos de medicina têm experiência entre 16-20 anos, correspondente a 8,20%. Nenhum elemento da equipa apresenta experiência de VMER superior a 20 anos.

No que respeita à terceira parte do questionário que pretende aferir o conhecimento acerca da escala BPS e a pertinência da sua implementação, verificou-se que na questão: “Na sua opinião a avaliação da dor na vítima sedada sob VMI é uma temática pertinente?”, a totalidade da equipa multidisciplinar referiu que Sim (Gráfico 5).



Gráfico 5 – Percepção da pertinência da avaliação da dor na vítima sedada sob VMI (Elaboração própria)

Relativamente à segunda questão: “Tem conhecimento da escala que está preconizada pelo Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos?”, 77% ($n=56$) respondeu que Sim, enquanto 23% ($n=17$) que Não, como se pode observar no Gráfico 6.

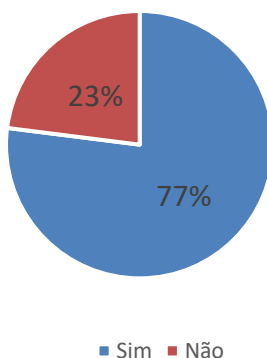


Gráfico 6 – Percepção da equipa multidisciplinar sobre a escala preconizada pelo Grupo de Avaliação da Dor (Elaboração própria)

De modo que se pudesse dar relevância à temática da IPM foi colocada a quarta questão no questionário de diagnóstico: “Considera importante a implementação de uma escala de avaliação da dor em contexto VMER para doentes em VMI?”, cerca de 97% ($n=71$) da equipa concorda totalmente com a implementação da escala em contexto VMER, ao contrário de uma minoria que não concorda, 3% ($n=2$), como se observa no Gráfico 7.

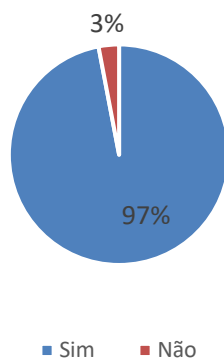


Gráfico 7 – Opinião da equipa sobre a importância da implementação de uma escala de avaliação da dor para doentes em VMI em contexto VMER (Elaboração própria)

Passa-se a apresentar as respostas relativamente à aferição do conhecimento acerca da escala BPS e pertinência da sua implementação. Os resultados mostram que 70% da equipa ($n=51$) conhecem a Escala BPS – Behavioral Pain Scale, enquanto 30% ($n=22$) desconhece a escala (Gráfico 8).

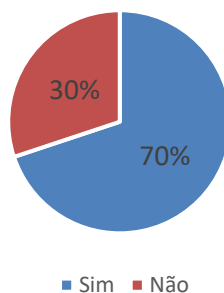


Gráfico 8 – Conhecimento acerca da Escala BPS (Elaboração própria)

Na questão: "já usou a escala BPS em contexto de VMER?", apenas 33% ($n=24$) a utilizam em contexto VMER, como se pode observar pela análise do Gráfico 9.

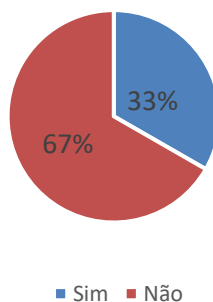


Gráfico 9 – Uso da escala BPS em contexto de VMER (Elaboração própria)

Em termos de benefícios, questionou-se se a utilização da BPS em contexto VMER traria benefícios reais para o doente crítico, sendo que a totalidade da equipa considera a utilização da escala uma ferramenta como bom indicador de qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Também foi questionado se a utilização de BPS permite uma linguagem universal entre os profissionais na gestão da dor do doente crítico sob VMI. As respostas foram praticamente unânimes, sendo que 96% ($n=70$) considera que a sua utilização permite uma linguagem universal na gestão da dor, entre profissionais, beneficiando na transmissão de Cuidados e informação da vítima, apenas 4% ($n=3$) considera o oposto.

Paralelamente, à aplicabilidade do questionário à equipa, foi realizada revisão estatística da Sedoanalgesia em contexto de doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, na VMER A e B (Apêndice IV). No estudo foram exclusas as Paragens Cardio-Respiratórias não reversíveis. O levantamento estatístico teve como objetivo sustentar a pertinência da temática através da ausência da gestão da dor na VMER A e B, tendo sido considerado o período compreendido entre 1 de novembro de 2015 e 30 de abril de 2020. Neste período a VMER A teve 7678 ativações e a VMER B, 4339 ativações.

A realização deste estudo permitiu constatar, que a percentagem de vítimas submetidas a VMI, representa 58% das vítimas na VMER A e de 61% na VMER B. A percentagem de vítimas submetidas a sedoanalgesia através da aplicabilidade da escala BPS, é de 25% na VMER A e a 16,5% para a VMER B. Chegou-se à conclusão que 41,5% das vítimas na VMER A e 41,2% na VMER B não foram submetidas nem a sedação nem a sedoanalgesia. Quando comparamos a revisão estatística da sedoanalgesia em contexto de Trauma versus Emergências Médicas, verificamos que para a VMER A, 62% das vítimas de trauma foram sujeitas a sedoanalgesia e apenas 14% em contexto de Emergência Médica. No que concerne à VMER B, 48% das vítimas de trauma foram sujeitas a sedoanalgesia e só 6% das vítimas de Emergências Médicas foram submetidas a este procedimento.

Para realizar este estudo foi efetuado um levantamento estatístico na base de dados da VMER A e de B. É importante referir que os resultados obtidos têm limitações, referentes a algumas faltas nos registos que não conseguimos contornar.

Perante os resultados que foram apurados, realçamos a relevância da IPM o que leva a equipa a reconhecer que devemos fazer uma reflexão crítica sobre os mesmos. Neste sentido devem ser definidas estratégias para contribuir para a melhoria na prática diária de prestação de cuidados no pré-hospitalar.

Na sequência do anteriormente apresentado e destacando os resultados obtidos através da aplicação do questionário, ressalva-se um conhecimento bastante alto relativo às potencialidades e à importância da aplicação da BPS entre os elementos da equipa multidisciplinar das VMER, tendo sido também detetado a inexistência e aplicabilidade da

escala BPS na gestão da dor do doente submetido a VMI em contexto VMER. Apesar de 70% (n=51) referirem conhecimento da temática, observa-se que a maior parte dos profissionais, 67% (n=49) ainda não aplica a BPS em contexto de VMER, sendo que é nesta necessidade contextual que se irá focar a intervenção assim como na melhoria contínua da prestação de serviços de saúde de qualidade.

Face ao anteriormente exposto, ressalva as necessidades de formação e desenvolvimento de estratégias, de forma a uniformizar procedimentos a adotar na gestão da dor no doente sedado sob VMI em contexto PH, bem como e para que se possam colher dados mais tarde, a criação de uma ferramenta de registos da escala BPS. Após as necessidades detetadas, no ponto seguinte apresenta-se a definição dos objetivos.

2.4 – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Os objetivos de uma pesquisa são essenciais para definir os caminhos a serem seguidos na investigação. De acordo com Marconi & Lakatos (2002), o propósito principal é esclarecer o que se pretende desenvolver, desde a referência teórica em que o trabalho se baseia até aos resultados que se espera alcançar. Isso torna o percurso investigativo mais fácil e direcionado. Portanto, é fundamental que os objetivos sejam bem definidos para que a pesquisa seja bem-sucedida.

O objetivo geral, que é mais amplo e direciona toda a pesquisa, deve ser formulado numa única frase que oriente todo o processo (Marconi & Lakatos, 2002). Nesse sentido, o objetivo geral deste projeto de investigação realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final foi definido como "Contribuir para a melhoria da gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar".

Por sua vez, os objetivos específicos representam o desdobramento do objetivo geral e são mais delimitados, caracterizando as diferentes etapas do projeto de investigação (Marconi & Lakatos, 2002). Por outras palavras, os objetivos específicos são vistos como o caminho a ser percorrido para que se alcance o objetivo geral. Neste projeto, os objetivos específicos são:

- ⇒ Avaliar junto da equipa os contributos da utilização da BPS na avaliação e controle da dor;
- ⇒ Incrementar conhecimentos e competências da equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação de A e B na área da avaliação e controle da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva;

- ⇒ Introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a BPS, na avaliação e monitorização da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva, em contexto pré-hospitalar.

2.5 – PLANEAMENTO

Após a realização do diagnóstico da situação e a definição dos objetivos, é imprescindível planear a intervenção de forma adequada e estruturada. De acordo com (Ruivo et al., 2010), a fase de planeamento consiste na apresentação do projeto e na descrição dos recursos necessários, incluindo recursos humanos, físicos e financeiros, além da identificação das limitações e condicionantes do trabalho. Neste sentido foi apresentada a proposta da IPM, que obteve a aprovação por parte do Coordenador Médico da VMER A e B, assim como do Enfermeiro Coordenador da VMER A e da VMER B e da docente orientadora (Anexo II). Nesta etapa, todas as atividades necessárias para atingir os objetivos propostos devem ser apresentadas.

No que concerne ao primeiro objetivo específico “Avaliar junto da equipa os contributos da utilização da BPS na avaliação e controle da dor”, foram delineadas as seguintes atividades:

1. Realizar um questionário de diagnóstico relativamente à utilização da BPS na avaliação e controlo da dor pelos elementos da equipa multidisciplinar das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação A e B.

Em relação ao segundo objetivo específico, "Incrementar conhecimentos e competências das equipas das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação A e B na área da avaliação e controle da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva", foram delineadas as seguintes atividades:

1. Realizar uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, sobre a temática em causa;
2. Planear uma sessão de formação sobre o tema "Gestão da Dor no doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar";
3. Divulgar a sessão de formação;
4. Realizar a sessão de formação "Gestão da Dor no doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar" (Apêndice V), (Anexo III);

5. Elaborar um poster sobre a BPS a ser afixado nas duas bases para consulta da equipa (Apêndice VI);
6. Elaborar um artigo científico intitulado de “*Escala Behavioral Pains scale*” (Apêndice VII), (Anexo IV).

Por fim e no que concerne ao terceiro objetivo específico, “introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a BPS, na avaliação e monitorização da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva, em contexto pré-hospitalar”, as atividades foram as seguintes:

1. Realizar uma pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, sobre a temática em causa e elaboração de um artigo (Apêndice VIII);
2. Elaborar uma proposta de implementação da ferramenta BPS na plataforma *I-Teams* (projeto piloto, Apêndice IX);
3. Criação de registo informático da escala BPS, na ferramenta Excel de registo de ocorrência, interno da VMER.

2.6 – EXECUÇÃO

De acordo com Ruivo et al. (2010), o planeamento e a execução são fases intimamente relacionadas no projeto, e a transição entre essas duas fases pode ser vista como uma etapa crucial para a aprendizagem e o desenvolvimento de competências. Durante a execução, é necessário mobilizar os recursos planeados e aplicar as técnicas que permitam verificar o sucesso ou fracasso do projeto através da eficácia da execução.

Na fase da execução é onde se vai colocar em prática o que foi planeado anteriormente sendo que, e tendo como objetivo a concretização das atividades apresentadas relativamente aos três objetivos específicos, ir-se-á descrever toda a operacionalização realizada em cada um deles.

Objetivo específico 1: Avaliar junto da equipa os contributos da utilização da BPS na avaliação e controle da dor.

De forma a avaliar os contributos na utilização da BPS na avaliação e controle da dor foi realizado um questionário junto da equipa (Apêndice II). O questionário está dividido em três partes. A resposta ao objetivo supracitado enquadrado na parte três do mesmo, consiste na avaliação do conhecimento acerca da escala BPS e pertinência da sua implementação.

Para avaliar os contributos da utilização da BPS na avaliação e controlo da dor, em contexto Pré-Hospitalar, baseámo-nos nos seguintes pontos:

⇒ Eficácia na Avaliação da Dor: A equipa foi questionada no sentido de se obter respostas acerca da aplicabilidade da escala BPS e o seu benefício no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar, com base na literatura atual, considerado uma ferramenta válida e confiável na gestão da dor à pessoa em situação crítica, incapaz de se comunicar (Payen et al., 2001).

Foram realizadas as seguintes questões:

- “Considera importante a implementação de uma escala de avaliação da dor em contexto VMER para doentes em VMI?”;
- “Na sua opinião a BPS é uma ferramenta que avalia adequadamente a dor no doente crítico sob VMI?”;
- “Considera uma Ferramenta fidedigna?”

⇒ Utilidade da BPS no controle da Dor: A aplicabilidade da escala BPS na gestão da dor no doente incapaz de comunicar, está associada a uma diminuição da dor mais efetiva, contribuindo para a qualidade e melhoria do *outcome* da vítima (Batalha et al., 2013), permitindo aplicar estratégias de medidas farmacológicas e não farmacológicas, através do score obtido na escala BPS.

Foram realizadas as seguintes questões:

- “Tem conhecimento da escala que está preconizada pelo Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos?”;
- “Tem conhecimento acerca da Escala BPS – Behavioral Pain Scale?”;
- “A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para o doente crítico em contexto VMER?”;
- “A utilização desta ferramenta constitui-se como indicador de qualidade dos cuidados ao doente crítico?”

⇒ Uniformização na linguagem: A utilização de escalas padronizadas, como a utilização da BPS, contribui para uma comunicação universal e eficaz da equipa de saúde na gestão da dor. A aplicação de uma escala padronizada permite à equipa utilizar uma linguagem comum para descrever e avaliar a dor, evitando o erro e perda de informação na transição dos cuidados, principalmente em ambientes circundados de fatores externos e distrativos para a equipa, não sendo um ambiente controlado como a nível intra-hospitalar.

Foi realizada a seguinte questão à equipa:

- “A utilização desta ferramenta permite uma linguagem universal entre os profissionais na gestão da dor do doente crítico sob VMI?”

Objetivo específico 2: Incrementar conhecimentos e competências da equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação A e B, na área da avaliação e controle da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva.

Para se atingir este objetivo foi realizada uma revisão bibliográfica na perspetiva de apresentar sugestões de melhoria na qualidade dos cuidados na gestão da dor do doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar. Mantendo esta linha de pensamento e sendo esta uma das principais bases para a elaboração de uma formação, foi articulado com o Coordenador Médico e de Enfermagem, a inserção da temática no plano de formação contínua da VMER, em 2020. Elaborou-se, portanto, um plano de formação, tendo-se marcado uma sala no centro de formação do CHS, com recurso ao Microsoft Power Point (Apêndice IV), utilizando metodologia expositiva e participativa da equipa. A formação foi planeada para 1 h, inserida num dia destinado à formação continua da VMER, a 27 Novembro de 2020, com a abordagem de diversas temáticas durante o dia. O objetivo principal foi que a equipa pudesse adquirir e consolidar conhecimentos sobre a utilização da BPS. Na fase inicial da apresentação foram exibidos os dados estatísticos levantados na plataforma interna de registo de ocorrências da VMER, acerca da Sedoanalgesia nos doentes submetidos a VMI, no espaço temporal de 1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 na VMER A e B, de forma a sensibilizar a equipa com os valores estatísticos que faziam referência aos doentes que tinham sido submetidos a sedoanalgesia sob VMI, reafirmando a importância da aplicação da escala para a eficaz gestão da dor, considerado um direito dos doentes e simultaneamente um dever dos profissionais de saúde.

Com recurso, também, ao PowerPoint, foi elaborado em simultâneo um Poster com o título “*BEHAVIORAL PAIN SCALE* - Gestão da dor em contexto pré-hospitalar”, constituindo uma ferramenta de consulta acessível a todos os profissionais, visto que esta foi afixada na base da VMER A e B. A realização do poster teve a colaboração da professora orientadora Dulce Santiago e do Drº RJ, interno do 5ºano de Anestesiologia, de forma a poder enriquecer o poster com a introdução de fármacos, recomendados na complementaridade na utilização da BPS (Apêndice V). De forma a difundir a partilha do conhecimento e utilidade da BPS, foi elaborado um artigo orientado pela Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago, posteriormente publicado da Edição nº17 da Revista LIFESAVING, intitulado de “*Escala Behavioral Pains Scale*” (Apêndice VI).

Objetivo específico 3: Introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a BPS, na avaliação e monitorização da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva, em contexto pré-hospitalar.

Tendo em conta o que foi delineado em reunião com a Professora Orientadora, o Coordenador Médico das VMER A e B e respetivos Enfermeiros Coordenadores das VMER foi realizada a apresentação da proposta da introdução da Escala BPS, na plataforma de registo Microsoft® Access®, onde se efetua atualmente o preenchimento dos dados correspondentes à avaliação dos eventos da equipa da VMER A e B. Consiste numa plataforma interna da equipa, dividida em 3 pontos: Identificação da Ocorrência, Vítima e Situação de Multivítimas. Esta plataforma permite, através dos dados recolhidos, efetuar revisões estatísticas, nas diversas áreas de abordagem da equipa em contexto pré-hospitalar, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. A introdução da escala BPS encontra-se autorizada e aguarda introdução na plataforma de registo Access®, pelo Serviço de Informática do CHS, serviço responsável pela gestão da plataforma (Anexo V), estando previsto com o coordenador do VMER a implementação da escala BPS no registo de cada saída por parte do team leader.

Em simultâneo foi realizada uma proposta, funcionando como projeto-piloto, de implementação da ferramenta BPS na plataforma de registo *Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS), plataforma desenvolvida pelo INEM e que consiste numa ferramenta de registo clínico, onde existem duas escalas presentes para avaliação da Dor, nomeadamente a Escala Numérica e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD). A plataforma iTEAMS consiste numa ferramenta de registo clínico com suporte interativo entre o CODU e os meios do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). A escala de agitação e sedação de Richmond (RASS) é a única escala presente para avaliação do grau de sedação no doente ventilado, com ausência de uma escala para gestão da dor no doente submetido a VMI. Esta proposta foi enviada ao INEM estando prevista a análise pelo Departamento de Emergência Médica, sobre a sua exequibilidade e implementação da escala BPS na ferramenta iTEAMS. A proposta pode ser analisada no Apêndice VIII.

2.7 – AVALIAÇÃO E RESULTADOS

Na fase da avaliação dos resultados, e tal como o nome indica, vai-se proceder à avaliação dos objetivos estabelecidos no início do projeto de intervenção. Devido à limitação temporal do estágio, não foi possível realizar uma avaliação completa do projeto de

intervenção. Contudo, uma vez que a mestrandia integra a equipa da VMER, ficou definido a aplicação de um novo questionário no programa de formação continua da VMER, em outubro de 2023, aguardando a introdução da ferramenta BPS na plataforma de registo Microsoft® Access®, de forma a realizar novo levantamento estatístico sobre a aplicabilidade da BPS e realização da formação, de modo a perceber se houve um aumento da aplicação da BPS na VMER.

É fundamental definir indicadores quantitativos que permitam medir os resultados alcançados de modo que as avaliações sejam viáveis e credíveis. Deste modo, foi estabelecido como indicador a taxa de utilização da BPS na VMER utilizando o questionário desenvolvido. O objetivo é que, dentro de 6 a 9 meses, pelo menos 60% da equipa utilize a BPS para o controlo da dor. Devido à pandemia entre 2021 e 2022, a formação ficou temporariamente suspensa, tendo sido retomada no decorrente ano, onde até a data não foi agendada nenhuma formação.

A sensibilização das equipas da VMER na aplicabilidade da escala BPS é um objetivo importante para melhorar a qualidade da assistência aos doentes com dor. A escala BPS é uma ferramenta simples e válida para avaliar a intensidade da dor em situações de emergência, baseada na observação dos comportamentos faciais, verbais e motores do doente. A sua utilização permite uma intervenção mais rápida e adequada para aliviar o sofrimento do doente e reduzir as complicações associadas à dor. Para que a escala BPS seja eficaz, é necessário que as equipas da VMER conheçam os seus princípios, critérios e forma de aplicação, bem como as vantagens e limitações da mesma. Por isso, é fundamental promover ações de sensibilização e formação contínua sobre esta temática, envolvendo os profissionais de saúde que integram as equipas das VMER.

3 – ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Na presente fase do relatório de estágio, propõe-se a descrição e análise das atividades realizadas no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final, sendo essencial para o desenvolvimento das competências de EE e Mestre, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. No que respeita à prática reflexiva considera-se que a mesma pode ser vista "como um método específico de trabalho, cujo objetivo é permitir que o profissional possa produzir conhecimentos com base na sua prática profissional (...) como a arte de crescimento intrínseco por meio de reflexão, com o propósito de achar uma solução" (Netto, Silva & Rua, 2018, p. 2).

Phaneuf enquadra a prática reflexiva como "a auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação pelos outros permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos" (Phaneuf, 2005, p. 177).

Assim, podemos afirmar que o desenvolvimento de competências só ocorre quando há uma reflexão crítica sobre a prática profissional. Essa reflexão é essencial para que o profissional possa aprimorar a sua atuação e obter melhores resultados nas suas ações, contribuindo para o avanço da enfermagem e do cuidado aos doentes em situações críticas.

No que concerne ao Enfermeiro Especialista e à respetiva definição, o artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) preceitua que se trata de um enfermeiro "a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (OE, 2015b). Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE, o EE é a pessoa a quem "se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados" (OE, 2019a p. 4744). É importante salientar que, no decorrer deste Mestrado em Enfermagem, vertente EMC-PSC foram adquiridas e desenvolvidas um conjunto de competências comuns, específicas e de Mestre, indo ao encontro do Regulamento n.º 140/2019 da OE, Regulamento n.º 429/2018 da OE e no disposto no Art.º 15 do Decreto-Lei n.º 65/2018 da

Presidência do Conselho de Ministros, apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior.

De acordo com a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior de Portugal (Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018), as competências inerentes ao Mestre em Enfermagem incluem a capacidade de realizar diagnósticos precisos, desenvolver planos de cuidados individualizados e implementar intervenções terapêuticas adequadas. O Enfermeiro Especialista, por sua vez, deve ser capaz de aplicar essas competências de forma aprofundada e especializada no seu campo de intervenção.

O Enfermeiro Especialista também deve possuir habilidades avançadas em liderança, gestão e ensino, para além da sua competência clínica especializada. Estas habilidades são fundamentais para a promoção de uma prática de enfermagem de elevada qualidade e segurança, bem como para o desenvolvimento da profissão.

Neste capítulo serão exploradas as medidas implementadas no decorrer do estágio que se mostraram preponderantes para o aprimoramento das habilidades inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem, assim como, as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista na vertente EMC-PSC. É válido destacar que a evolução dessas competências se fundamentou numa postura reflexiva acerca da prática clínica desenvolvidas pela mestranda. Ressalvando também, a prestação de cuidados ao doente crítico, que o mestrando possui desde 2013, em contexto de Urgência Geral, ambulância SIV, VMER, SHEM e Cuidados Intensivos, permitindo a creditação do primeiro estágio integrado no plano de estudos do curso de mestrado. De acordo com Benner (2001), a prática clínica e a sua análise reflexiva constituem um pilar crucial no desenvolvimento de conhecimentos e competências do enfermeiro na prestação de cuidados, considerando a experiência da mestranda, sustentado pela última do modelo de Benner correspondente a de perito, em que dispõe de “uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58), permitindo à mestranda o desenvolvimento de competências com a associação entre a fundamentação teórica e prática clínica.

Seguidamente, será apresentada uma análise e reflexão crítica, fundamentada no processo de aquisição de competências, sustentado pelo crescimento no percurso formativo, profissional e pessoal. De ressaltar, que as competências comuns e específicas do EE estão interligadas com as competências de Mestre em Enfermagem, serão analisadas em conjunto, sempre que se considere relevante.

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

As competências comuns do EE, são consideradas como:

competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019a, p. 4745).

Consoante o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, as competências permanecem enquadradas em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A); o domínio da melhoria contínua da qualidade (B); o domínio da gestão de cuidados (C), e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D), (OE, 2019a).

Desta forma, inicialmente, serão apresentadas as competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, que serão combinadas com as competências de Mestre em Enfermagem.

Competências comuns do enfermeiro especialista

A - Domínio da responsabilidade profissional, ético e legal

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

A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de Mestre em Enfermagem

3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

As atividades realizadas no âmbito do estágio final proporcionaram a aquisição de habilidades essenciais para o desenvolvimento adequado da profissão. Para isso, foi imprescindível o aproveitamento integral dos conteúdos lecionados nas Unidades Curriculares ao longo do percurso académico, bem como a revisão do Código Deontológico e do Regulamento do Perfil de Competências do EE, dois recursos com elevada importância na definição do rumo de toda a intervenção, sobretudo em cenários de maior complexidade ética, como é o caso em situações de urgência.

Assim, tornou-se fundamental a revisão de todos os conteúdos lecionados na Unidade Curricular de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, como base fundamental, para a compreensão dos diversos documentos que orientam no domínio da ética e da deontologia profissional, como o Estatuto da OE, REPE e o Código Deontológico do Enfermeiro.

Conforme redigido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, constata-se que “os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável, ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015b, p.4), assim como está disposto no artigo 99º da Deontologia Profissional pela OE “o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados” (OE, 2015c, p. 81). Com base nestes princípios, surge o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, enquadrada nos pressupostos ético-deontológicos a partir do qual se estabelece a relação de ajuda enfermeiro/família/utente (Nunes, 2018). Perspetivando o domínio da deontologia profissional como “(...) o conjunto de normas referentes a uma determinada profissão, alicerçadas nos princípios da Moral e do Direito, que procuram definir as boas práticas, tendo em conta as características próprias da profissão” (OE, 2015c, p. 14), sendo que o seguimento deste conjunto de preceitos permite que o ofício seja exercido de acordo com altos padrões de excelência, imprescindíveis no que à temática diz respeito.

A abordagem dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, exige cuidados diferenciados, eficientes, na qual as intervenções iniciais recaem sobre a estabilização hemodinâmica e monitorização permanente, sem dissociá-los de todo da sua conduta ética (Nunes, 2015).

Neste contexto, consideramos que embora as necessidades de cuidados à PSC tenham recorrido maioritariamente a intervenções direcionadas para a componente física e materializável, manteve-se presente os princípios éticos nos cuidados de saúde, transportando-nos para a beneficência, não maleficência, justiça, respeito pela autonomia e vulnerabilidade (OE, 2015c), sem descurar, ainda, os pressupostos dos valores universais

referidos no artigo 99.º da Deontologia Profissional onde se menciona que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015b, p. 80) fazendo referência dos valores universais como a “a) a igualdade; b) a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) a verdade e a justiça; d) o altruísmo e solidariedade; e) a competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015b, p.80).

No contexto do Estágio Final da mestranda na prestação de cuidados à PSC, adaptando ao estado clínico do doente, estabeleceram-se estratégias de forma a disponibilizar ao doente o seu direito à informação, definidos no Artigo 105º da Deontologia Profissional ao referir que “O enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015b, pp. 83-84), mencionado também na Lei de Bases da Saúde o dever de informar” de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível, sobre a sua situação” (AR, 2019, p.56).

Na visão profissional, o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, ponto 1 do artigo 8º através do REPE, referência que “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” no que compete ao domínio do exercício e intervenção do enfermeiro (MS, 1996, p. 2961).

A Deontologia profissional do enfermeiro, surge na década de 90, através do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, estando vigendo atualmente pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, como modelo de autorregulação da profissão (AR, 2015). O decreto supracitado, no artigo 99º refere, “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, faz menção dos valores universais como a “a) A igualdade; b) a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2015b, p.80). De acordo com o código civil e penal, a própria deontologia profissional na alínea b) do ponto 1 do artigo 97º, indica que o enfermeiro “deve cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação referente ao exercício da profissão” (AR, 2015, p. 8078). Segundo o código deontológico no seu ponto 1 do artigo nº99, afirma que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015b). A mesma fonte no artigo 97º menciona que o enfermeiro deve

exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da

população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (OE, 2015b).

Após a citação acima apresentada, de conteúdo fundamental para a atividade profissional do enfermeiro, importa realçar que o desenvolvimento das competências inerentes ao EE e Mestre, remetem à compreensão da combinação das três dimensões fundamentais, para o aumento da qualidade de cuidados de enfermagem: no saber-saber, saber-ser e saber-estar. Estas dimensões referem-se ao conhecimento teórico e técnico, à postura ética e deontológica e à capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal dos enfermeiros (Santos et al., 2017). A experiência profissional associada à reflexão crítica e a atualização permanente dos saberes, três domínios fundamentais, "o saber-saber é o domínio do conhecimento científico que sustenta a prática de enfermagem; o saber-ser é a atitude ética, moral e humanista que orienta o agir do enfermeiro; e o saber-estar é a habilidade de interagir com os outros, respeitando as diferenças e valorizando a diversidade" (Silva et al., 2019).

Transpondo para a atividade profissional, em que o estágio final foi realizado em parte na VMER, sendo realizado em paralelo com o exercício habitual da mestrandia, permitiu desenvolver e aplicar o conhecimento e simultaneamente estratégias de liderança na tomada de decisão nos cuidados à PSC, bem como, perante dilemas éticos presentes em contexto Extra-Hospitalar.

A ética, no âmbito da atividade profissional está presente em todas as intervenções do enfermeiro, incluindo na tomada de decisão podendo influenciar a vida dos outros. Segundo Nunes (2016), a tomada de decisão implica a escolha da melhor alternativa, tendo por base um conhecimento de critérios e informações que possibilitam essa mesma escolha, que por sua vez, visa a consecução de determinado objetivo. A análise e reflexão sobre a importância da tomada de decisão, torna-se impossível removê-la da responsabilidade profissional do enfermeiro.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, 2015, o Artigo 99º, n.º 3 a responsabilidade é um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros e está inerente ao papel assumido pelo enfermeiro perante a sociedade (OE, 2015b). De acordo com o artigo 109º do código deontológico na alínea C), referente à excelência do exercício profissional, o enfermeiro procura "manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas" (OE, 2015b).

As atividades desenvolvidas permitiram o desenvolvimento da competência, relacionando as boas práticas dos cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades dos profissionais. Os enfermeiros do Extra-Hospitalar são colocados

diariamente perante conflitos com princípios de caráter jurídico/ético quando se vêm forçados a iniciar manobras de reanimação cardiopulmonar em vítimas que apresentam rigor mortis, uma vez que o rigor mortis não está contemplado no protocolo PCR Adulto da Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), como critério de morte evidente. Na ausência de médico, as equipas não só iniciam manobras de reanimação cardiopulmonar, como transportam as vítimas em manobras de reanimação até à Unidade de Saúde mais próxima. Na atividade profissional da mestrandia, associado ao trabalho desenvolvido na Unidade Curricular: Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, com o tema “RIGOR MORTIS EM CONTEXTO SIV”, concluiu-se que a paragem Cardiorrespiratória, que apresente Rigor Mortis não tem indicação para iniciar manobras de reanimação. O artigo 2º da Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, diz que “A morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral” (AR, 1999, p.5955), já o Artigo 3ª, ponto 1 diz que “A verificação da morte é da competência dos médicos, nos termos da Lei” (AR, 1999, p.5955), de acordo com a mesma Lei cabe também à Ordem dos Médicos a função de “definir, manter atualizados e divulgar os critérios médicos, técnicos e científicos de verificação da morte” ponto 2 do artigo 3º da Lei 141/99 (AR, 1999, p.5955). Perante o exposto acima considera-se premente a revisão dos protocolos SIV para que os Enfermeiros não sejam submetidos a dilemas éticos nessas situações.

Segundo a *European Resuscitation Council*, [ERC] e à luz da evidência atual, as situações em que a vida está extinta são: destruição maciça craniana e cerebral, decapitação, decomposição ou putrefação, incineração, livores de estase com rigor mortis. A mesma entidade afirma que os profissionais envolvidos nestas situações se encontram a realizar um diagnóstico e não a verificar um óbito, sendo estas as últimas diretrizes em vigência (ERC, 2021).

A temática em questão, de elevada importância e ao mesmo tempo bastante controversa na prática diária dos enfermeiros do extra-hospitalar, coloca dilemas éticos, no campo dos princípios da Beneficência e da Não-Maleficência na tomada de decisão.

É obrigação do Enfermeiro responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, bem como proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, conforme surge no artigo 100º relativo aos deveres deontológicos em geral, da Lei n.º 156/2015. Mesmo, que o direito à vida esteja presente em inúmeros documentos, na Lei n.º 156/2015 ele reflete-se novamente no artigo 103º, onde é mencionado, como dever do enfermeiro ao longo de todo o ciclo vital da pessoa. Consta no artigo que o enfermeiro é um profissional que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias, devendo “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (OE, 2015b) e ainda “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” (OE, 2015b).

Importa ressaltar em termos éticos que de acordo com o artigo 156º nº 2 alínea a) do Código Penal, as situações de emergência não carecem de consentimento livre e esclarecido, estando os profissionais salvaguardados na sua ação pelo princípio da beneficência (Código Penal Português, 2017).

Perante o que está em vigor na lei no que concerne a tomada de decisão de não reanimar e de suspensão de manobras de ressuscitação considero que seria importante criar estratégias de forma a regularizar os constantes dilemas éticos, deontológicos e jurídicos aos quais os enfermeiros estão expostos diariamente no extra-hospitalar.

A oligoanalgesia e a subvalorização da dor, associados à realização de procedimentos invasivos, como a Ventilação Mecânica Invasiva, são dois fatores para a assincronia com o ventilador, traduzindo-se num aumento de lesões cerebrais, do tempo de internamento e num aumento da taxa de mortalidade (Barr et al, 2013). O controlo da dor é um direito dos doentes e principalmente um dever dos profissionais de saúde enquanto responsáveis pelas mesmas. O desconhecimento e a subvalorização da dor são erros éticos comuns e falhas na prática de um profissional, comprometendo os cuidados de excelência. A gestão da dor torna-se numa medida crucial, quer melhorando os *outcomes* do doente, quer com evidentes ganhos económicos a nível organizacional.

O Programa Nacional de Controlo da Dor, considera que é “inquestionável a importância da dor aguda enquanto sinalização de lesão ou disfunção orgânica, consubstanciada na muito frequente procura de cuidados de saúde que motiva. Cessada essa função, não é possível atribuir à dor qualquer vantagem biológica, podendo a mesma motivar alterações em múltiplos sistemas orgânicos, no qual podem resultar comorbilidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor.

Desse modo, tendo em consideração os elementos até aqui expostos, pode-se afirmar que as habilidades correlatas ao âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, bem como as competências de nível mestre em enfermagem previamente referidas, foram desenvolvidas com sucesso.

Competências comuns do enfermeiro especialista

B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

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

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

B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

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

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

Claramente definida como um dos quatro eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a Qualidade do sistema de Saúde é um imperativo moral na medida em que “contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados” (DGS, 2015a, p.16).

No entanto, melhorar a qualidade e a segurança no sistema de saúde exige um maior empenho dos decisores políticos em termos de governação, bem como dos profissionais, dos quais os enfermeiros, enquanto um dos principais alicerces de trabalho do setor, representam um papel fundamental (MS, 2015b).

Como referido anteriormente, a segurança do doente é uma das prioridades da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Desta forma, o Plano Nacional de Segurança do Doente para 2021-2026 foi instituído pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, este novo plano encontra-se estruturado em cinco pilares fundamentais (MS, 2021)

O PNSD 2021-2026 constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores, lideranças intermédias, CQS, gestores de risco e profissionais de saúde, exigindo um envolvimento ativo de responsabilidade de governação, coordenação e operacionalização nos diferentes níveis de cuidados, de modo a aumentar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente e nos seus cuidados.

Neste contexto, tornando a melhoria contínua da qualidade uma ação prioritária, a OE desenvolveu em 2001, os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) no que concerne à excelência dos cuidados

(...) o profissional de enfermagem incorpora em sua prática os resultados obtidos por meio de pesquisas. É reconhecido que a produção de diretrizes que orientem as boas práticas de enfermagem com base em evidências empíricas

constitui uma base estrutural fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001a, p.12).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, foi regulamentado em 2011, com alterações em 2017 pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica no que concerne à segurança nos cuidados especializados, refere com uma

procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação e à utilização de medidas invasivas no decorrer de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica faz a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (OE, 2017, pp.1-4).

Neste sentido, torna-se fundamental o conhecimento e a relevância descrita no Plano de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (MS, 2015b) como no Plano Nacional para a Segurança do Doente (MS, 2021), interligando a qualidade e a segurança dos cuidados à PSC.

Relativamente à UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e de Gestão em Saúde e Governação Clínica, a mestrandia obteve creditação por deter o curso Pós-Graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde (30ECTS), da Escola Superior de Saúde de Viseu em 2016 (Anexo VI). Neste sentido, o conhecimento acerca da temática revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento das competências e atualização do novo PNSD 2021-2026 e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC (OE, 2017).

A UC Estágio Final, numa fase inicial decorreu na Unidade de Neurocríticos do CHN, onde existem doentes em situação clínica instável que necessitam de suporte técnico e monitorização contínua e onde se observa com maior evidência a prestação de cuidados de saúde eficazes e eficientes. (OE, 2018b), e onde se revelou importante o conhecimento dos equipamentos utilizados, assim como de protocolos/normas institucionais e atualização contínua do saber à luz da melhor evidência, de forma a adaptar intervenções nos cuidados ao doente mantendo os princípios inerentes à qualidade e à segurança dos cuidados à PSC.

De acordo com o MS “a segurança do doente é m desafio ininterrupto dos sistemas de saúde e da sociedade portuguesa, ancorado na legislação existente e também nos vários

compromissos nacionais e internacionais assumidos” (MS, 2021, p.78). Torna-se fundamental centrarmo-nos na promoção e manutenção de uma cultura de segurança eficaz em torno dos cuidados que prestamos à PSC, recorrendo durante a realização do estágio, à implementação de intervenções de enfermagem através da utilização de escalas como a Escala de Agitação e Sedação de Richmond e da Escala Comportamental de Dor para avaliação da Sedação e analgesia do doente ventilado (BPS). Para avaliação das horas de cuidados prestados nas últimas 24h é utilizado a aplicação do TISS-28 que permite avaliar a gestão de trabalho enfermagem e calcular quantas horas são necessárias à prestação de cuidados. Esta escala inclui dados que permite relacionar com a gravidade dos doentes e agravamento de prognóstico de mortalidade.

Existe uma preocupação e avaliação constante sobre os feixes de intervenções associados à infeção, sabendo que “as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares” (DGS, 2018, p.3882-9), através da prevenção e incidindo no cumprimento dos feixes de intervenção segundo a Norma nº021/2015 atualizada a 30 de maio de 2017 associada à “Prevenção da pneumonia associada à intubação” (DGS, 2015a) e a prevenção da infeção associada ao manuseamento do cateter venoso central, na norma nº022/2015 na “Prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central” (DGS, 2015a) e a “Prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical” através da Norma nº 019/2015 (DGS, 2017), contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade.

De forma a garantir a segurança do doente, a transmissão de informação na transição de cuidados, foi realizada com recurso à mnemónica ISBAR² enquanto “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017 p.4).

O trajeto da mestranda no início do EF, possibilitou adquirir conhecimentos teórico-práticos acerca das condições clínicas, das intervenções adaptadas à necessidade do doente neurocrítico, como instrumentos de monitorização específica, que permitem avaliar as alterações neurológicas, o aumento da pressão intracraniana, a monitorização contínua da perfusão vascular cerebral e através de medidas não farmacológicas para diminuição da PIC, como a simples elevação da cabeceira a 30º, prevenindo desta forma, lesões e contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados e para a prática baseada em evidências científicas.

O facto da mestranda exercer a sua atividade profissional em contexto extra-hospital desde 2013, no meio SIV, na VMER desde 2014 e desde 2021 no SHEM, bem como o facto

² ISBAR: *Identification (Identificação), Situation (Situação atual), Background, (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)*

de já possuir *background* e o *know-how* sobre o doente neurocrítico, este estágio foi extremamente enriquecedor e potenciou o desenvolvimento da mestranda enquanto EE e na implementação de estratégias adquiridas no que concerne à complexidade dos cuidados à PSC do foro neurocrítico para a sua atividade diária, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados.

O segundo momento do EF foi realizado na VMER A e B, do CHS, onde a mestranda exerce funções. Após observação da atividade e percepção sobre a pertinência da investigação em enfermagem na sua prática baseada na evidência e através de um diagnóstico criterioso, descrito no capítulo anterior acerca da aplicabilidade da BPS em contexto VMER, foi realizada uma pesquisa bibliográfica e realizada uma Revisão Sistemática de Literatura sobre o tema “Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica em Contexto Pré-Hospitalar” (Apêndice VII).

A pertinência da temática e a escassez de investigação acerca da gestão da dor no doente sedado em contexto pré-hospitalar, com vista à promoção da melhoria contínua da qualidade de cuidados, com o intuito de desenvolver elevados padrões de excelência, decidimos desenvolver a IPM sobre a “*Gestão da Dor no Doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em Contexto Pré-Hospitalar*”, contribuindo no âmbito da qualidade dos cuidados, mais especificamente no que diz respeito à melhoria da gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar, aplicado, nomeadamente, na VMER. Foi desenvolvido durante o estágio sessão de formação sobre a temática definida, realizado um poster, afixado nas bases da VMER A e B acerca da gestão da dor na aplicabilidade e os ganhos da utilização da BPS em contexto pré-hospitalar (Apêndice V).

De forma a complementar e difundir a partilha do conhecimento e utilidade da BPS, foi elaborado um artigo orientado pela Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago, publicado da Edição nº17 da Revista LIFESAVING, de Agosto de 2020, intitulado de “*Escala Behavioral Pains Scale*” (Apêndice VI). Com vista à promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados à PSC, destaca-se a elaboração do próprio projeto de intervenção de major, executado durante o período de estágio, que possibilitou o desenvolvimento de tais habilidades.

Por conseguinte, e no que se refere às habilidades supramencionadas e às atividades executadas, estas permitiram desenvolver e adquirir as competências do domínio da melhoria continua da qualidade, como as competências de Mestre em Enfermagem.

Competências comuns do enfermeiro especialista

C - Domínio da Gestão de Cuidados

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

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

No âmbito da prestação e gestão do cuidado, consideramos que os enfermeiros analisam o seu trabalho e gerem os recursos disponíveis, ajustando da melhor forma conforme as necessidades, pois existe a obrigação e a responsabilidade de responder às decisões e ações que implementa ou delega (OE, 2015c). Considerando uma competência essencial do Enfermeiro e de forma a prestar cuidados especializados, estes carecem de uma abordagem mais abrangente na gestão de cuidados e otimização, assim sendo prevê-se que o Enfermeiro Especialista otimize “as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019a p.47), e “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a p.48).

Deste modo, o Enfermeiro Especialista, na área de Enfermagem à PSC, pela complexidade do seu percurso formativo e pelo enquadramento profissional em que desenvolve a sua prática, é responsável pela gestão do cuidado dentro e fora da equipa.

O nosso percurso profissional e experiência prática, permite-nos adquirir algumas competências de forma empírica, através da observação, partilha e interação com os pares no decurso do exercício de funções inerentes ao domínio da gestão. No entanto, reconhecendo a importância desta aprendizagem, é fundamental complementar esta aprendizagem com uma reflexão e análise crítica, baseada no conhecimento científico e formal.

O contexto clínico onde decorreu o estágio final constitui uma situação única para a aprendizagem e o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados. Permitiu a aquisição e o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de

cuidados, pelas particularidades inerentes à unidade de cuidados intensivos, mais concretamente na UCIN.

A aquisição e o desenvolvimento de competências neste domínio, tal como noutros domínios, adquire-se através uma metodologia progressiva de análise, problematização e reflexão crítica sobre as diferenças dos contextos clínicos da mestranda.

Em grande parte dos turnos, o enfermeiro supervisor assume o papel de gestor de turno.

Assim, procurámos analisar as funções dos enfermeiros responsáveis pelos turnos, e procurámos identificar na prática clínica, as dinâmicas e processos inerentes às suas funções. No que respeita à intenção de atribuir as funções de responsável de turno, observou-se que essa era de atribuir a função ao enfermeiro especialista, conforme previsto no parecer n.º10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC). Em 2018 a MCEEMC declaram que “dispondo os serviços em apreço de equipas de enfermagem com enfermeiros detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deverão ser estes a exercer funções de chefia/coordenação” (MCEEMC, 2018, p.3), uma vez que são detentores de competências formais mais diferenciadas e com a perícia proveniente da experiência. Na ausência de EE no turno, por constrangimento de férias/falta/baixa, é atribuído a função de outro profissional reconhecido perante a equipa como perito. Consideramos a decisão válida, uma vez que é evidente que os recursos são utilizados de forma útil e adequada e que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências é respeitado, na medida que o perito

já não se apoia sobre um princípio analítico (...) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado (...), tem uma enorme experiência, compreende (...), de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis (Benner, 2001, p.58).

Por conseguinte, o enfermeiro supervisor, que é considerado a referência da equipa, assume o papel de chefe de turno na maior parte dos turnos efetuados, permitindo-nos assumir e colaborar na gestão. Desta forma colaborámos de forma a minimizar a carga de trabalho e a distribuí-la de forma equitativa. Portanto, uma das principais tarefas do enfermeiro responsável pelo turno é a gestão dos cuidados que consiste em gerir os cuidados respeitando os recursos humanos disponíveis, podendo ser necessário ajustar a distribuição do trabalho, tendo em conta que os recursos são limitados e devem ser geridos de forma proporcional e adequada para fazer face a circunstâncias imprevistas, mitigando a

sobrecarga temporária de trabalho e contribuindo para a manutenção da qualidade dos cuidados que poderia ser afetada e comprometida pelo excesso de trabalho.

A redefinição da distribuição da carga de trabalho pelos enfermeiros implica uma atitude assertiva e atenta, de forma a reduzir e eliminar os possíveis conflitos que daí possam advir. Releva-se, os instrumentos de apoio à gestão, como por exemplo, a utilização dos instrumentos TISS-28, que quantificam a carga de trabalho e permitem uma distribuição mais equitativa da mesma. Este registo é realizado informaticamente no sistema através da ferramenta B-Simple, pelo enfermeiro durante o turno da noite, sendo efetuado todos os dias e sempre que um doente tenha um internamento superior a 6 horas na unidade.

Segundo a OE, o Enfermeiro “delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada” (2015a, p. 225). Na sequência do exposto, refere-se que participámos ativamente, na delegação de tarefas a profissionais funcionalmente dependentes, monitorizando a competência e as capacidades dos profissionais a quem o trabalho é delegado, supervisionando e orientando quando necessário, desta forma, garante-se a manutenção da segurança e da qualidade.

No decorrer do estágio foi proposto a oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Supervisor, na rotação usual de turnos. No que concerne ao turno da manhã, de forma a observar a dinâmica dos Enfermeiros alocados a funções exclusivamente de gestão e coordenação, estes enfermeiros não só participam e assistem à passagem de turno “clínico”, como também são responsáveis pela transferência de informações entre responsáveis de turno e são também responsáveis pela gestão logística, burocrática e não clínica, em articulação com os serviços de apoio, tais como serviços de aprovisionamento, serviços farmacêuticos e serviços de esterilização.

Esta gestão é prospetiva e proactiva, visando antecipar as necessidades logísticas e de recursos para prestar eficazmente cuidados de qualidade. Também tivemos a oportunidade de assistir à reunião multidisciplinar no início do turno da manhã. Esta equipa multidisciplinar inclui não só médicos e enfermeiros, mas também todos os profissionais que colaboram na UCIN, em que prestam funções diretas de assessoria ou consultoria, onde se discute os casos clínicos e estabelece objetivos específicos e individualizados a serem alcançados para cada doente. O enfermeiro responsável pelo turno colaborará na tomada de decisão fundamentada no âmbito dos limites da sua competência, estabelece a ligação com os outros membros da equipa e comunica o plano de tratamento individual ao enfermeiro responsável.

Os conceitos de gestão e liderança surgem constantemente em articulação, a liderança é reconhecida como uma componente fundamental, primária e crítica da gestão (ICN, 2019), por conseguinte, é importante definir a liderança em termos de enfermagem e de prática profissional, tornando-se fundamental identificar o estilo de liderança mais adequado que

contribua para a prestação de cuidados de qualidade e para a prática profissional (OE, 2019b).

Comparativamente ao reflexo que o EE tem perante a equipa, foi presenciado que existe uma responsabilidade acrescida na prestação e gestão dos cuidados, na medida que é reconhecido pelos seus pares pelo “rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem especializadas” (OE, 2015a, p.17242), com dever de “referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, da equipa multidisciplinar envolvidos no processo de cuidados à pessoa em situação crítica” (OE, 2015a, p.17242), assim, os pares mostraram interesse na cooperação no processo de tomada de decisões, que se reflete como uma base central para a gestão eficaz da qualidade e da segurança.

Considera-se relevante, para a mestranda adquirir as competências referidas neste ponto. A partilha e reflexão da atividade profissional da mestranda em que o papel do enfermeiro da ambulância SIV, na qualidade de líder da equipa e profissional mais diferenciado, assumindo a responsabilidade de assegurar a operacionalidade do meio, assim como a supervisão e verificação da reposição de consumos clínicos e fármacos, garantido o seu acondicionamento e funcionamento dos equipamentos disponíveis, permite-lhe estar mais bem preparada para esta necessária gestão multidimensional. De salientar que na ausência de um médico é da responsabilidade do enfermeiro liderar e coordenar os elementos do SIEM, presentes nos eventos de emergência médica e trauma, através da delegação de funções e orientação certa e sob supervisão adequada.

No que concerne à IPM, realizada no segundo momento do EF, na unidade funcional da VMER A e B do CHS, o processo de desenvolvimento do projeto de investigação, foi realizado através de uma gestão eficiente e eficaz dos recursos particularmente no que diz respeito à identificação da situação, planeamento e execução, o uso de meios não materializados, tendo sido facultado à equipa, um questionário através de um link da plataforma Google Forms® e obtenção das respetivas respostas pelo mesmo meio, existindo um ganho nos recursos e o acesso aos dados automaticamente. Foram distinguidos os papéis e funções dos vários intervenientes do projeto, os quais foram sendo adaptados ao longo das atividades delineadas de modo a alcançar os resultados desejados através de uma gestão eficiente e eficaz dos recursos.

Para adquirir as competências referidas acima, a revisão bibliográfica em diversas bases de dados científicas foi crucial para fundamentar a prática profissional nas mais recentes evidências científicas sobre a gestão de cuidados e tipos de liderança e apesar de não ter sido possível desempenhar autonomamente as funções que implicam a gestão e liderança, consideramos que, enquanto discente, permitiu desenvolver competências nesta área através da observação, análise e reflexão crítica.

Competências comuns do enfermeiro especialista

D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

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

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Com base nas competências supracitadas, importa referir que no percurso profissional da mestranda, dez dos treze anos como profissional, foram dedicados a prestar cuidados à PSC em contexto de Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e Extra-Hospitalar. A experiência profissional vivenciada no EF contribuiu para o processo de aquisição e atualização de conhecimentos, por ter sido permitido integrar uma equipa multidisciplinar num serviço que difere da prática habitual da mestranda. O facto da mestrada ter optado por uma unidade de Neurocríticos no CHN, fez com que saísse da sua área de conforto, constituindo um grande desafio profissional, exigente do ponto de vista físico e mental, mas com a motivação e o foco em adquirir e desenvolver novas competências de forma a transportar para a sua atividade profissional com cuidados de enfermagem mais eficientes e eficazes perante a PSC.

Tendo por base a humildade e o reconhecimento dos nossos limites e dificuldades sentidas, torna-se importante perceber que é através do incremento do conhecimento que se consegue obter bons resultados nas ações desempenhadas, estamos certos de que o processo de autoreflexão sobre o que observamos e praticamos, consiste na prática em si mesma que desejámos continuar a estimular (Nunes, 2018).

Foi mantendo esta linha de pensamento que a “auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade, do seu funcionamento, e a retroação pelos outros, permite-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que

precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos” (Phaneuf, 2005, p.177). Tentamos demonstrar nos atos práticos “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais” de modo que “releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (OE, 2019a, p.4749).

Através da tomada de consciência e autoreflexão das suas necessidades para desenvolver as competências, foram realizadas revisões dos conteúdos programáticos nas diferentes UC, pesquisas bibliográficas em bases de dados, participação em congresso e publicação de artigos na área da temática da IPM, com a finalidade de melhorar a prestação de cuidados de qualidade, à luz da melhor e mais atual evidência, numa prática fundamentada, em prol dos doentes, valorizando os valores e as suas necessidades (Larrabee, 2011).

Segundo o código deontológico que no artigo 109º o enfermeiro deve “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015b, p.86) e “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.” (OE, 2015b, p.86).

Neste sentido, a mestranda durante a jornada académica do presente mestrado, desenvolveu e participou em vários momentos formativos enriquecedores para aquisição e desenvolvimento de competências, que passo a nomear:

- ⇒ Na UC de Investigação, foi desenvolvido e publicado o artigo “Ventilação Não Invasiva no Doente Crítico idoso com DPOC” (Anexo VII);
- ⇒ Realização do curso Suporte Avançado de Vida, ministrado pelo INEM (Anexo VIII);
- ⇒ Realização do curso Recertificação do Curso SIV, ministrado pelo INEM (Anexo IX);
- ⇒ Realização do curso ITLS – *International Trauma Life Support* (Anexo X);
- ⇒ Realização de formação para certificação de Instrutora do Curso *International Trauma Life Support* (Anexo XI);
- ⇒ Congresso Internacional do Doente Crítico 2019 que decorreu em Setúbal, nos dias 23-25 de outubro de 2019, tendo participado com a exposição e discussão de dois pósteres intitulados por “A gestão inicial do grande queimado num Serviço de Urgência” (Anexo XII) e “Taquicardia Refratária” (Anexo XIII);
- ⇒ Realização de artigo e publicado na Edição nº14 da Revista LIFESAVING, de novembro de 2019, como Autora do Caso Clínico intitulado de “Taquicardia Refratária de causa inesperada” (Anexo XIV);

- ⇒ Realização do curso Suporte Avançado de Vida Cardiovascular, pela *American Heart Association* (Anexo XV);
- ⇒ Participação na revisão científica da 9ª edição da versão portuguesa do manual ITLS enquanto perita na área da emergência pré-hospitalar (Anexo XVI);
- ⇒ Participação na Comissão Organizadora da II Conferência em Supervisão Clínica em Enfermagem (Anexo XVII);
- ⇒ Participação como palestrante com o tema *Instrumentos de avaliação, portfólio* da II Conferência em Supervisão Clínica em Enfermagem (Anexo XVIII);
- ⇒ Realização da Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem, 32 ECTS (Anexo XIX);
- ⇒ Realização de formação do curso de Formação de Formadores Nível V, ministrado pelo INEM (Anexo XX);
- ⇒ Realização da Pós-Graduação em Cuidados Intensivos, 60 ECTS (Anexo XXI).

Importa salientar, que os conhecimentos adquiridos e realização de exercícios de autoscopia na UC de Desenvolvimento Pessoal em Saúde Relação de Ajuda através da análise e introspeção do nosso “Eu”, com discussão de situações experienciadas em contexto real, foram de extrema importância e complexidade, permitindo obter estratégias de gestão emocional no domínio das relações interpessoais, promovendo a autorreflexão e benefício para o desenvolvimento de estratégias no controlo na gestão de emoções, contribuindo para uma gestão de stress mais eficaz perante um doente crítico, garantindo assim, cuidados de enfermagem de qualidade e segurança. Através do seu conhecimento imperam “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019a, p.4749).

Incidindo na área de domínio da especialização na vertente dos cuidados à PSC, consideramos benéfica a disseminação de investigação assente na melhor prática baseada na evidência.

O desenvolvimento do projeto de intervenção major durante o EF concebeu-se, realizando uma revisão sistemática da literatura, tendo como base fontes científicas credíveis, de forma a se proceder a uma atualização contínua da mais recente evidência científica relativamente à dor e ao seu controlo, tendo em vista o desenvolvimento dos cuidados de excelência em contexto pre-hospitalar, perante um doente sedado sob VMI. Assim, a revisão sistemática acerca da “Gestão da dor à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar” (Apêndice VII) contribuiu para o desenvolvimento e fundamentação da IPM e deu origem a um poster informativo que foi afixado nas diferentes unidades

funcionais da VMER A e B (Apêndice V), ao mesmo tempo que se desenvolveu uma formação junto da equipa multidisciplinar a trabalhar em contexto de emergência Pré-Hospitalar para a aplicação da escala BPS em contexto VMER, assim como a conceção de um artigo publicado na Revista LIFESAVING, sobre a BPS (Apêndice VI). Tais recursos desempenharam um papel crucial na promoção de um entendimento mais profundo e abrangente acerca do tema explorado, além de estimular a melhoria constante das práticas profissionais em contexto VMER.

Face ao exposto, tendo em conta o trajeto percorrido, cumpre salientar que as competências anteriormente elencadas foram concretizadas.

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

O Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica é definido como um profissional habilitado para prestar cuidados contínuos à pessoa em risco imediato de uma ou mais funções vitais comprometidas, com o objetivo de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e minimizar incapacidades, com vista à recuperação total do doente (OE, 2018a, p. 19362), a OE define no que concerne às competências específicas do EE como sendo

as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019a, p.4745).

Referente as competências específicas em EMC-PSC, a OE define as seguintes:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018a, p.19359).

Tendo em conta que os EE em EMC-PSC são reconhecidos como “elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica” (OE, 2015a, p.17241) e com base nas premissas supracitadas, procedeu-se à aquisição e desenvolvimento das competências, após reflexão cuidadosa sobre as intervenções necessárias para adquirir e desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica. É importante mencionar que as competências de mestre em Enfermagem são transversais a todas as competências específicas apresentadas, isso significa que o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica deve possuir, não apenas as habilidades técnicas necessárias para fornecer cuidados críticos, mas também habilidades de liderança, comunicação e trabalho em equipa, além de competências de análise crítica e solução de problemas, ética e responsabilidade social e habilidades de pesquisa e educação em saúde.

Competência Específica em EMC-PSC

1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Competências de Mestre em Enfermagem

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

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

De forma a garantir a prestação de cuidados com o mais elevado grau de profissionalismo e qualidade, tanto no que diz respeito à experiência quanto aos conhecimentos técnico-científicos, torna-se imperativo a busca incessante pelas evidências científicas mais atualizadas. Este processo assenta na mobilização de “conhecimentos e

habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística” (OE,2018a, p.19363) e eficaz as necessidades dos doentes.

Em consonância com o já referido anteriormente, é possível afirmar que os cuidados de enfermagem prestados àqueles em situação crítica necessitam de profissionais altamente capacitados e competentes, que devem fornecer atendimento contínuo, levando em consideração as necessidades apresentadas pelo doente, afim de garantir a manutenção das suas funções vitais básicas, prevenindo assim possíveis incapacidades e complicações (OE, 2015a p. 17241). Neste sentido, é crucial que tais cuidados sejam conduzidos com rigor científico e com base em conhecimentos adquiridos por meio de formação especializada, o que contribuirá para a promoção da saúde e do bem-estar dos doentes em cuidados intensivos. O período de estágio juntamente com os conteúdos lecionados nas UCs e a experiência já adquirida em contexto de Urgência, SIV e VMER, decorrentes da atividade profissional, permitiu o desenvolvimento e a consolidação das competências no âmbito da competência específica supracitada.

No decorrer do EF foram prestados diferentes cuidados de enfermagem em diferentes situações de doença, seguindo a lógica de prioridades ABCDE³ (INEM, 2019), uma vez que existe a necessidade de “observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação (...) de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018a, p.19363), e com isto garantir uma capacidade adequada do desempenho, num processo sistemático que consiste na avaliação transversal do doente tendo em conta a condição clínica do doente/recursos humanos e materiais disponíveis, gerindo o tempo e as prioridades. No contexto do EF na UCIN, as patologias de internamento são o traumatismo cranioencefálico (TCE), hemorragia subaracnoideia (HSA), hemorragia cerebral, enfarte cerebral, infeções do sistema nervoso central, mal epitético, pós-operatório de neurocirurgia, lesão vertebro medular e morte cerebral, sendo que durante o estágio a mestrandia teve um maior contacto com doentes com TCE, HSA e hemorragia cerebral, por existir uma maior incidência deste tipo de doentes na unidade.

Participámos também na prestação de cuidados a pessoas com instabilidade hemodinâmica ou em risco, na prestação de cuidados a doentes em morte cerebral e a potenciais dadores de órgãos, na prestação de cuidados a doentes em terapêutica renal de substituição contínua ou intermitente com necessidade de ventilação não invasiva ou invasiva e na assistência a procedimentos administração de medicação Intratecal, seguindo o protocolo que existe na unidade e realizado pela equipa de enfermagem. Existem diversos

³ A - Via Aérea, B - ventilação, C - circulação, D - disfunção neurológica, E – exposição.

tipos de monitorização como a monitorização hemodinâmica invasiva, a monitorização da Pressão Intracraniana (PIC), a monitorização cerebral funcional *standart* (PIC e Pressão de Perfusão Cerebral) e para a monitorização cerebral avançada existem várias técnicas disponíveis que proporcionem um alerta precoce da isquemia cerebral iminente e orientem as intervenções terapêuticas em doentes com lesões cerebrais. Como monitorização funcional avançada destaco a Pressão Tecidual de Oxigénio (PtiO₂), a Saturação Regional Transcutânea por Infravermelhos (NIRS), o Índice Bi-espectral e o Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC), tendo sido estas últimas duas as principais monitorizações observadas durante o EF na UCIN.

Relativamente à monitorização com recurso ao Índice Bi-espectral, durante o estágio, procurámos compreender como interpretar os valores e o seu impacto na hemodinâmica dos doentes com crise neurológica, de forma a manter uma adequada perfusão, oxigenação e metabolismo cerebrais prevenindo assim lesões secundárias, pelo que foi necessário adquirir conhecimentos de forma a gerir e desenvolver intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, para os doentes em crise neurológica, com o objetivo de manter os valores de pressão intracraniana dentro dos intervalos recomendados. Estas atividades foram desenvolvidas em colaboração contínua com a enfermeira orientadora, proporcionando o desenvolvimento de competências na gestão à PSC do foro neurocrítico.

Observando que o papel dos enfermeiros na monitorização cerebral é crucial para evitar os efeitos secundários das lesões cerebrais, e sendo os enfermeiros que estão à cabeceira do doente, estes são os primeiros a detetar rapidamente alterações isquémicas e a alertar a equipa médica de modo a corrigir a situação, para além de instituir as medidas que de si dependem. De referir ainda que os enfermeiros podem correlacionar os dados de monitorização do cérebro com parâmetros obtidos em análises ao sangue, como a análise de gases no sangue arterial, e que estes dados devem ser utilizados para personalizar os cuidados prestados aos doentes em colaboração com os médicos.

Neste contexto, o enfermeiro depara-se com diversas necessidades de cuidados especializados à PSC, o que requer conhecimentos especializados e diferenciados nas diferentes áreas do doente crítico.

O facto de grande parte dos doentes necessitarem de VNI e VMI permitiu atualizar e sedimentar conhecimentos nesta área. Por exemplo, assegurar que os filtros do humidificador e do *swível* eram substituídos de 24 em 24 horas ou quando estavam visivelmente sujos, para evitar o aumento da resistência das vias respiratórias e o crescimento de bactérias, manteve-se a insuflação do *cuff* do tubo orotraqueal entre 20 e 30 mmHg para evitar traqueomalácia, as fugas de ar e a aspiração do conteúdo gástrico durante refluxo. A monitorização da pressão do *cuff*, deverá ser realizada uma vez por turno, através da utilização de um manómetro de pressão adequada, o posicionamento da

cabeceira elevada a 30º favorece a expansão torácica assim como a PIC. A manutenção da higiene oral de 8 em 8 horas previne a pneumonia associada à ventilação mecânica, a realização de aspiração de secreções quando necessário e durante o procedimento segue as indicações mais recentes, não aspirar nem instalar soluções salinas por rotina, assim como a substituição por rotina do circuito do ventilador, apenas se visivelmente conspurcado (DGS, 2017).

Por outro lado, em UCI a PSC tem na maioria das vezes instabilidade hemodinâmica, carecendo de vigilância/monitorização hemodinâmica contínua, sendo que “a manutenção dum sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito” (Fernandes et al., 2009, p. 7). Salienta-se assim, a importância da vigilância, monitorização de sinais e sintomas da PSC, de forma que se consiga antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, deteção de problemas potenciais com recurso à tecnologia disponível e à sensibilidade e experiência de um especialista, que pode muitas vezes evitar uma espiral irreversível de deterioração. Os enfermeiros têm uma responsabilidade fundamental na monitorização dos doentes, uma vez que a monitorização hemodinâmica deve obedecer a princípios rigorosos na identificação, interpretação e gestão dos sinais.

No âmbito da atividade de estágio, de forma a desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à PSC impossibilitada de autoavaliar a dor e o desenvolvimento da IPM, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados e à introdução e utilização da escala BPS para avaliação da dor em contexto pré-hospitalar, a abordagem sistemática da dor no contexto clínico numa fase inicial do EF na UCIN, foi de extremo enriquecimento para a mestranda, através do contato e aplicabilidade da BPS, possibilitando adquirir conhecimentos e realizar intervenções de enfermagem que visam a gestão da dor da PSC, de forma a poder transportar para a sua atividade profissional e no desenvolvimento da IPM.

Cuidar de pessoas com dor é um desafio para os enfermeiros em qualquer contexto de cuidados. Isto deve-se ao facto de cada pessoa sentir a dor de forma diferente, reagir de forma diferente e não a expressar verbalmente. Quando não é possível realizar a autoavaliação da dor deve ser utilizada uma escala de classificação e heteroavaliação que avalie parâmetros fisiológicos e comportamentais. Posto isto, a mestranda incidiu o desenvolvimento da competência na avaliação da dor na PSC, doente sedado sob ventilação mecânica invasiva, de forma a aumentar e desenvolver experiência com a utilização da escala BPS. A mesma verificou que a aplicabilidade da escala BPS é de rápida e fácil utilização, permitindo através dos resultados obtidos na aplicação da escala definir intervenções farmacológicas e não farmacológicas a utilizar nos cuidados ao doente. Considerando que o enfermeiro “no âmbito das suas competências nos domínios da prática

profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, (...) toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado” (OE, 2008, p.11), e considerando a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão real ou potencial do tecido, ou descrita em termos de tal lesão” (ESEM, 2020 p.1), acrescentando que a negação e desvalorização consiste num erro ético e numa lacuna da excelência profissional (OE, 2008), damos prioridade à gestão diferenciada da dor e do bem-estar em relação à PSC, otimizando as respostas baseadas na individualidade, tendo em conta a diversidade de desenvolvimento, cognitivo, emocional, linguística e cultural (*European Society of Emergency Medicine [ESEM]*, 2020, p.13).

No que confere às intervenções farmacológicas, quase todos os doentes recebem analgesia contínua de fentanil® e/ou Remifentanil®, podendo ser associado com outros analgésicos em bólus para complementar, sugerindo uma preocupação com a dor, uma percepção de que a dor ocorre frequentemente nos cuidados intensivos e uma consciência dos benefícios da analgesia multimodal (Urden et al., 2014).

Autores como Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) referem a necessidade de integrar conhecimentos e competências de conforto nos cuidados altamente tecnológicos dos cuidados intensivos, que são invasivos e frequentemente dolorosos. Desta forma, as intervenções não farmacológicas que foram desenvolvidas de modo a melhorar a experiência global de conforto, com o objetivo de satisfazer ou manter as necessidades de conforto nas várias áreas identificadas por Kolcaba, minimizando os obstáculos à experiência holística de conforto. As necessidades de conforto físico foram satisfeitas através do alívio da dor, da higiene física, da higiene oral, da hidratação da pele, da massagem e do reposicionamento adequado no leito. A monitorização, o acompanhamento e a implementação da gestão terapêutica são essenciais para a gestão da dor em doente crítico com impossibilidade de autoavaliar a dor. Esta dimensão de conforto deve ser mantida para manter a homeostasia. Outra necessidade de conforto está relacionada com a dimensão psico-mental, em que a confusão, a ansiedade, o medo e a falta de informação podem desempenhar um papel desestabilizador (Wilson & Kolcaba, 2004).

Os doentes que se encontram nestes serviços estão sob o efeito de sedação, mas apesar disso foi realizada comunicação oral com os mesmos durante os procedimentos, recorrendo também ao toque como forma de promover o conforto psicoespiritual.

Nestes serviços também existem doentes sem sedação ou com sedação ligeira mas facilmente despertáveis que também carecem de conforto psicoespiritual, tendo sido promovido esse conforto através de comunicação com os doentes e esclarecendo dúvidas sobre a sua situação clínica bem como realizando escuta ativa e mostrando sempre disponibilidade para prestar o apoio emocional necessário.

Sempre que foi possível facilitou-se a presença da família de forma a facilitar a manutenção de relações interpessoais que são fundamentais para manter um conforto sociocultural (Wilson & Kolcaba, 2004).

É de salientar que no cuidado à PSC é impossível dissociar os cuidados da família, na medida em que este internamento desencadeia sentimentos de insegurança e sofrimento tanto para a pessoa doente como para a família (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011). A entrada nestes serviços acontece, por norma, de forma súbita estando associado a situações com alguma gravidade clínica e instabilidade, o que torna difícil a adaptação da família à nova condição, gerando sentimentos de ansiedade, medo e incertezas (Castro et al., 2011).

Tendo em conta todos os fatores anteriormente descritos é de notar que se torna imperativo envolver a família de forma a contribuir para o bem-estar e conforto da PSC (Urden et al., 2014). A família é um pilar fundamental como suporte emocional para a PSC e portanto, é importante que a empoderemos de forma a capacitá-la nas respostas às “agressões” do ambiente envolvente. De forma a envolver a família é estabelecido contacto com as mesmas de modo a informá-las e esclarecer todas as suas dúvidas. A necessidade de informação parece ser uma das maiores necessidades da família em UCI (Elliott et al., 2012).

Perante o exposto, considero que a experiência e as competências adquiridas foram um meio que facilitou o desenvolvimento de novas competências uma vez que a enfermeira competente possui a “capacidade de discernimento nas situações críticas, a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que fazem a eficácia da sua acção” (Phaneuf, 2005, p.5).

Competência Específica em EMC-PSC

2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à acção.

Competências de Mestre em Enfermagem

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Atualmente vive-se, cada vez mais com uma maior frequência, situações que comportam um desafio sobre os sistemas de saúde, sendo estas de várias etiologias nomeadamente situações de emergência, situações de exceção e catástrofe. Perante estas situações os enfermeiros assumem um papel preponderante nos serviços onde trabalham desenvolvendo competências, permitindo-lhes responder de forma rápida, eficaz e eficiente,

promovendo desta forma o sucesso da resposta (*International Council of Nurses [ICN]*, 2019).

Como emergência entende-se que é uma situação que

resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida (OE, 2018a, p.19362),

devendo a “assistência à vítima (...) ser realizada de forma imediata” (OE, 2018a p.19362). Um cenário de exceção considera-se que existe quando “numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (OE, 2018a p.19362); e catástrofe entende-se por 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 socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018a pp.19362-19363).

Como reflexão ante aquilo que está exposto acima considera-se relevante preparar os enfermeiros com conhecimento e ferramentas que lhes permitam estar capacitados para dar resposta em cenários de exceção e catástrofe. Os enfermeiros são a classe profissional que está em maior número nos sistemas de saúde, onde perante situações como as acima referidas podem assumir papéis como responsáveis nos sistemas de triagem, equipas de primeira intervenção, bem como pela coordenação e também na educação (ICN, 2019).

Relativamente à temática da catástrofe a mestranda obteve creditação nessa UC.

Essa creditação assentou no percurso académico e profissional da mestranda. No que toca ao percurso académico da formanda destaca-se a PG em trauma, emergência e catástrofe realizada em Santarém pelo ISLA - Instituto Superior de Gestão e Administração, num total de 208 horas que conferiu 41 ECTS. A PG referida dispunha de UC direcionadas para as situações de exceção e catástrofe (Anexo XXII).

É de salientar que a PG foi muito enriquecedora, não só pelos conhecimentos adquiridos durante as aulas, mas também pela partilha de experiências durante a frequência das mesmas onde os vários elementos partilharam situações em que estiveram presentes e descreveram a forma como as geriram, justificando com base em conhecimento científico, transpondo para a prática e fazendo referência às adaptações exigidas nas situações em concreto. Estes momentos de reflexão em grupo obrigam, de forma saudável, a que se faça uma reflexão sobre situações onde a mestranda já esteve presente permitindo uma

aprendizagem para o futuro, melhorando aquilo que é a resposta da mesma em situações com o mesmo carácter.

Ainda no percurso académico é de salientar que na formação do Curso SIV Enfermeiros (Anexo XXIII) e na formação de operacional VMER (Anexo XXIV) existe um módulo denominado como módulo de Transporte do Doente Crítico e Situações de Exceção (TDC/SE) onde, em ambos, existe um dia, 8h, onde se abordam as situações de exceção e onde se treina a triagem multivítimas através do método *Simple Triage And Rapid Treatment* (START), que é o sistema de triagem multivítimas que o INEM entende como a melhor doutrina para responder a situações desta envergadura (INEM, 2013).

No que concerne ao trajeto e experiência profissional da mestrandia importa salientar que a mesma convive com situações de situações multivítimas e/ou exceção no seu dia-a-dia onde é colocada à prova e onde aplica os conhecimentos e experiências na prestação de cuidados com base nas evidências mais recentes.

O trajeto profissional da mestrandia permite-lhe ser e estar como uma profissional dotada de conhecimentos onde em ambiente de ambulância SIV a torna como uma *team leader* de excelência, onde os seus conhecimentos são colocados à prova em situações de exceção. Como exemplo disso destaca-se uma ocorrência, onde a mestrandia foi ativada para o despiste de uma ambulância autoestrada 22 (A22) em que o 1º alerta era de 9 vítimas, estando 4 delas encarceradas. Na chegada à ocorrência e apenas com a equipa SIV presente, a mestrandia e o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), foi necessário proceder a uma avaliação rápida mas criteriosa, utilizando a metodologia dos 5 S⁴, e posteriormente a necessária tomada de decisão sobre a evacuação *As Soon As Possible* (ASAP), tendo em conta o custo/benefício da permanência no local *versus* evacuação das vítimas. O conhecimento, a experiência e em conjunto com o conhecimento que a formanda detém à luz da ciência atual, foi tomada a decisão de evacuar as vítimas que estivessem preparadas para transporte de modo a não sobrecarregar o serviço de urgência com a chegada imediata de muitas vítimas, bem como, permitiu que as vítimas tivessem ganho tempo na resposta aos traumatismos a que tinham sido submetidas.

Perante o exposto importa ressaltar o papel preponderante do enfermeiro enquanto *team leader* que geriu, orientou e organizou o cenário que era exigente e de grande responsabilidade, permitindo um atendimento precoce, eficaz e eficiente às vítimas daquele acidente. Deste modo, considera-se que esta competência foi adquirida com sucesso.

⁴ *Safety, Size Up, Send, Set Up, Start*

Competência Específica em EMC-PSC

3) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas.

Competências de Mestre em Enfermagem

7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infeções contraídas pelos doentes, motivadas pelos cuidados e procedimentos de saúde que são prestados, podendo também ser contraídas pelos profissionais no decorrer da sua atividade profissional (OE, 2015a).

As IACS têm um significativo impacto a nível mundial, pelo aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, tornando-se num problema com grande impacto nos doentes, instituições de saúde e comunidade, por acarretar um aumento do tempo de internamento, mortalidade e morbilidade que consequentemente provoca um aumento dos custos em saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA], 2018).

O tema das IACS é um problema inerente à prestação de cuidados, “o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida (...)” (OE, 2018a p.19364). É na prestação de cuidados e na óptica da procura constante de garantir os melhores cuidados que o enfermeiro maximiza as suas intervenções com o intuito de prevenir e controlar as IACS e a tentativa de reduzir a resistência aos antimicrobianos (OE, 2015a).

Durante a realização da UC Estágio Final procurou-se encontrar informação fundamental que servisse de alicerce à melhor prestação de cuidados, dos quais se realçam as orientações da DGS e do PPCIRA que remeteram as indicações de intervenção para a prevenção de infeção dos locais cirúrgicos, do cateter venoso central mas também a infeção do trato urinário associada à técnica de cateterização e da pneumonia associada à intubação/ventilação (DGS, 2018), bem como as orientações emitidas pela OMS e pelo Centro Europeu de Prevenção e controlo das Doenças.

Tendo em conta a evolução dos cuidados de saúde e a utilização crescente de novos instrumentos, tratamentos e dispositivos invasivos, cruzado com o aumento progressivo e contínuo da esperança de vida, o risco de infeção associado à prestação de cuidados de

saúde aumenta de forma não linear e por vezes exponencial, estima-se que cerca de um terço das IACS são potencialmente evitáveis (DGS, 2018).

Por conseguinte, as IACS são potencialmente evitáveis e torna-se imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, que podem prevenir as IACS devido aos seus efeitos diretos e imediatos.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham um papel importante na prevenção das IACS devido ao seu contacto direto e contínuo com os doentes.

Os doentes admitidos em UCI apresentam um maior risco de contrair infeções associadas aos cuidados de saúde, fruto da sua patologia de base, comorbilidades associadas, dos dispositivos invasivos utilizados para diagnóstico, procedimentos invasivos a que são sujeitos constantemente, faz com que aumente o risco acrescido de contrair infeção, cerca de 54% dos doentes internados em UCI, possuam uma infeção, suspeita ou confirmada (Vincent et al., 2020). Neste contexto, considera-se imprescindível a análise de documentos publicados por organizações e sociedades científicas como *European Centre for Disease Prevention and Control* e a DGS que são relevantes para este domínio, a título de exemplo as normas da DGS sobre as precauções básicas do controlo de infeção [PBCI] (DGS, 2013) e o Relatório Anual sobre Infeção e Resistência Antimicrobiana (DGS, 2018).

Atendendo ao contexto clínico onde foi desenvolvido o EF, na UCIN de nível III, procuramos documentação específica e/ou mais direcionada para a realidade desta prestação de cuidados, como a norma relativa ao “feixe de intervenções” relativa à Prevenção da Pneumonia Associada à Entubação Traqueal (DGS, 2017) ou a norma para a Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* (DGS, 2015b).

Uma vez que a UCIN se encontra inserida numa organização hospitalar, existe um grupo específico para a realização e monitorização do cumprimento das normas, procedimentos e protocolos institucionais. Nesse serviço, a exemplo de tantos outros, realizam-se colheitas de material biológico, de forma a prevenir e monitorizar, registando e procurando promover a prevenção e controlo de infeções à resistência aos antimicrobianos, evitando também os gastos supérfluos de recursos de qualquer ordem, sejam físicos, humanos ou económicos, bem como fomentando a suspensão das medidas que já não encontravam sentido na sua aplicação. Neste contexto clínico, existe grupo de trabalho de enfermeiros, responsáveis por monitorizar de forma contínua os pares, com o objetivo na prevenção e controlo de infeção, assim como revisão, criação de protocolos e procedimentos com base nas últimas recomendações emitidas pelas entidades e sociedades científicas. Durante a prestação de cuidados à PSC, comprometemo-nos e esforçamo-nos por aplicar e pôr em

prática os conhecimentos que adquirimos e desenvolvemos, procurando cumprir integralmente as recomendações de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS.

Destaca-se a conceção de um plano de prevenção e controlo de infeções, inserido na UC 5, centrado na prevenção e controlo de infeções causadas por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina, numa unidade cuidados intensivos, que embora de natureza académica e teórica, baseou-se em conhecimentos específicos e informação concreta de uma UCI de nível III, contribuindo para o desenvolvimento de competências nesta área.

Posto isto considero que foram desenvolvidas competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos. As competências específicas, assim como as competências de mestre do EE, foram alcançadas com a soma de todas as competências anteriores. Analisando o percurso académico, todas as atividades desenvolvidas e o percurso profissional repleto de experiências de prestação de cuidados à PSC em diferentes contextos, consideramos que esta competência foi alcançada.

CONCLUSÃO

O presente relatório reflete o percurso ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem, resultante de todo um processo de aprendizagem e aquisição de competências, permitiu a descrição e análise reflexiva desenvolvidas durante o Mestrado, integrando os conteúdos abordados nas diferentes unidades curriculares, com principal destaque para a UC Estágio Final.

A realização deste relatório representa todo o processo de desenvolvimento pessoal e aprendizagem que teve início em setembro de 2019. Este processo de elaboração deste relatório permitiu analisar, refletir, desenvolver e adquirir competências comuns e específicas de EE em EMC-PSC e Mestre em Enfermagem, que são fundamentais para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados à PSC à luz da melhor evidência científica.

O Estágio final foi desenvolvido em dois serviços distintos de diferentes hospitais. Numa fase inicial no Serviço de Medicina Intensiva – Unidade de Neurocríticos do Centro Hospitalar do Norte (CHN), sendo que a Intervenção Profissional Major foi desenvolvida no Centro Hospitalar do Sul – Unidade Funcional VMER A e B, onde em primeira instância consideramos importante descrever a apreciação do contexto clínico, através de um enquadramento legal e institucional dos respetivos CH supracitados, assim como a sua estrutura, recursos físicos, materiais e humanos e da análise da gestão e produção de cuidados, permitindo assim uma reflexão crítica para a implementação de uma IPM.

A referida IPM, intitulada “Gestão da Dor no Doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em Contexto Pré-Hospitalar”, permitiu desenvolver competências na área da investigação, tendo sido estruturada através da Metodologia de Projeto, descrita ao longo deste relatório, enquadrou-se a Teoria do Conforto de Kolcaba. Estando o conforto ligado à gestão da dor, a Teoria do Conforto de Kolcaba foi essencial para o enquadramento da prática dos cuidados e desenvolvimento de competências.

Considerando a gestão da dor de extrema importância para a qualidade dos cuidados, o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo também indispensável à humanização dos cuidados de saúde.

Ao efetuarmos uma análise sobre a temática em análise verificamos que em Portugal, apesar de já terem sido criadas estratégias de modo a gerir a dor, ainda existe muito trabalho para fazer e os enfermeiros tendo um papel essencial na promoção do controlo da dor serão fundamentais na realização e desenvolvimento desse trabalho. Contudo devem

ser realizados mais esforços, no sentido de se trabalhar diariamente num modelo prático baseado na evidência, de forma a integrar as evidências da pesquisa à habilidade clínica. A implementação desta IPM ancorada à teoria do conforto, permitiu a criação de uma prática atualizada da gestão da dor baseada em evidência científica atual.

Como perspetivas futuras, pretende-se assumir a responsabilidade profissional na prestação de cuidados à PSC e continuar a fomentar e sensibilizar os pares no que diz respeito à gestão da dor no doente sedado sob VMI em contexto pré-hospitalar, assim como a sua implementação e utilização da escala BPS na PSC. Ressalvando, que se encontra em análise a implementação da escala BPS na plataforma de registo clínico *iTeams* por parte do INEM, assim como a introdução da escala na plataforma de registo *Acess* da VMER.

Com base na reflexão das atividades desenvolvidas durante o estágio final, assentes na descrição, análise e fundamentação, elaborámos um confronto com evidência científica disponível. Perante o supramencionado, consideramos ter alcançado os objetivos delineados para o presente relatório. Termina assim, um importante capítulo do percurso formativo, com ganhos profundos em termos de desenvolvimento profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2010). *Recomendações técnicas para bases VMER*. Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos*. Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2017). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Medicina intensiva*. Ministério da Saúde.
- Aïssaoui, Y., Zeggwagh, A. A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (2005). Validation of a behavioral pains scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia and Analgesia*, 101(5), 1470-1476. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000182331.68722.FF>
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.
- Bakkelund, K. E., Sundland, E., Moen, S., Vangberg, G., Mellesmo, S., & Klepstad, P. (2013). Undertreatment of pain in the prehospital setting: a comparison between trauma patients and patients with chest pain. *European Journal of Emergency Medicine*, 20(6), 428–430. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e32835c9fa3>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Behavioral Pain Scale* – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>

- Batalha, L. (2016). Avaliação da Dor. Manual de Estudo (Vol. 1). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Ed. Comemorativa*. Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action-approach*. Springer Publishing Company.
- Bravo, N. M. C. (2020). O Conforto do Doente Crítico no Serviço de Urgência. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33798>.
- Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*, 13(6), 288-297. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00294.x>.
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P. & Souza, A. P. (2019). Nursing Activities Score e sua Correlação com a Teoria do Conforto de Kolcaba: Reflexão Teórica. *Enfermagem em Foco*, 10(1), 87–92. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n1.1347>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI : Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15, 41–59
- Censos (2021). *Censos de Portugal em 2021: resultados por tema e por concelho*. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-algarve-657>
- CHN. (2017) *Relatório e Contas 2017*. http://portalchsj.minsaude.pt/uploads/document/file/658/R_C_2017.pdf.
- CHN. (2018). *Regulamento Interno do CHN, E.P.E.* http://portalchsj.minsaude.pt/uploads/document/file/649/Regulamento_Interno_2018.pdf
- CHN. (2023a). Missão e valores. SNS – Serviço Nacional de Saúde. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/20>
- CHN. (2023b). *Medicina Intensiva 8 piso*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1152>
- CHS. (2019). *Plano de Atividades e Orçamento 2019*. – segurança e qualidade dos cuidados. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/12/CHUA-Plano-de-Atividades-e-Orcamento.pdf>

- CHS. (2020). Plano de Atividades e Orçamento: 2020. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/PAO-2020.pdf>
- CHS. (2021a). Plano de Atividades e Orçamento Triénio 2021-2023. <http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/10/PAO-2021-2023.pdf>
- CHS. (2021b). Relatório de Gestão e Contas 2020. http://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/12/CHUA_RGC-2020.pdf
- Chandra, S., Raman, K., & Kolcaba, K. (2016). Application of Katharine Kolcaba comfort theory in post operative child: Delivering integrative comfort care intervention by using theory of comfort – A case study of a 5 year old child admitted in PICU with laparotomy experiencing post operative discomfort. *International Journal of Science and Research*, 5(6), 1714-1720. <https://doi.org/10.21275/v5i6.NOV164670>
- Código Penal Português (2017). *Consentimento presumido nas intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários : análise crítica do artigo 156.º do Código Penal Português*
- Conselho Português de Ressuscitação [CPR]. (2015). *Suporte Avançado de Vida - Edição 2015 das Recomendações ERC. (7th ed.)*. Tradução para Português. Conselho Europeu de Ressuscitação.
- Decreto-Lei n.º 101/2017 do Ministério da Saúde [MS]. (2017). Diário da República: I série, n.º 162. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2017-108041480>
- Decreto-Lei n.º 61/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018 agosto 3). Diário da República: I série, n.º 149/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018 agosto 16). Diário da República: I série, n.º 157. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República [AR]. (2019) – *Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº48/90, e o Decreto-Lei nº185/2002, de 20 de agosto*. Diário da República n.º 169/2019, I Série - A de 2019-09-04.

Despacho n.º 14223/2009 do Ministério da Saúde [MS]. (2009). Diário da República: I Série, n.º 120. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>

Despacho n.º 3350/2017 do Ministério da Saúde [MS]. (2017 abril 20). Diário da República: II série, n.º 78. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3350-2017-106901027>

Despacho n.º 6669/2017 do Ministério da Saúde [MS]. (2017 agosto 2). Diário da República: II série, n.º 148. <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/02/Despacho-6669-2017-de-27-de-Julho.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa, Portugal

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). Circular normativa n.º 9/DGCG: *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. DGS.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2008). Circular normativa n.º 11/DSCS: *Programa Nacional de Controlo da dor*. DGS. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa Controlo da Dor.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. DGS.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor*. DGS. https://www.atlasdasaude.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/plano_estrategico_nacional_de_prevencao_e_controlo_da_dor.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. DGS. <https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa Nacional para a Preven%C3%A7%C3%A3o e Controlo da Dor - 2017.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). Norma DGS nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2018) Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos [PPCIRA]. (2018). *Infeções e Resistências ao*

Antimicrobianos: relatório anual do Programa Prioritário 2018. Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Norma n.º 005/2018 de 20/02/2018 atualizada a 10/01/2020. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN's Critical Care Nursing*. Chatswood: Elsevier

European Resuscitation Council [ERC]. (2021). *Ethics of resuscitation and end of life decisions*. [European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions \(cprguidelines.eu\)](https://www.cprguidelines.eu/)

European Society of Emergency Medicine [ESEM]. (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations*. The European Society of Emergency Medicine. https://eusem.org/images/EUSEM_EPI_GUIDELINES_MARCH_2020.pdf.

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95>

Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in Patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33–43.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2013). *Manual de Transporte Doente Crítico*. (1.ª versão). Departamento de Formação em Emergência Médica.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. (1.ª versão). Departamento de Formação em Emergência Médica.

International Association for the Study of Pain [IASP]. (2010). *Guide to pain management in low-resource settings*. IASP.

International Association for the Study of Pain [IASP]. (2011). *Global year against acute pain: Because there are gaps between evidence and practice*. IASP.

- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2018). *Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification Pain terms: a current list with definitions and notes on usage*.
- International Council of Nurses [ICN]. (2019). *Core competencies in disaster nursing: version 2.0*. International Council of Nurses.
- Khan, A. (2017). Application of Katharine Kolcaba comfort theory to nursing care of patient. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 7(3), 104-107.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), pp. 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>.
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora Ltda.
- Lei no 141/99 da Assembleia da República [AR]. (1999, agosto 28). Estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte. Diário da República: I Série-A, nº201, p.5955. <http://www.snpm.pt/2016/img/lei140-99.pdf>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República [AR]. (2015) *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Diário da República, I Série, n.º 181, pp. 8059-8105. <https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized>
- Lima, J. J. F. (2020, 04 de setembro). Ventilação Mecânica. Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/ventilacao-mecanica/>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2002). *Techniques: Planning and Execution of Research, Sampling and Research Techniques, Preparation, Analysis and Interpretation of Data*. 5th Edition, Atlas.
- Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018, agosto 16). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República: II Série, n.º 157. Lisboa. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

- Ministério da Saúde [MS]. (1996). Decreto-Lei n.º 161/1996 do *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Diário da República: I Série-A, n.º 205. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-241640>
- Ministério da Saúde [MS]. (2007). Decreto-Lei nº 220/2007 de 29 de maio - Aprova a orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM, I.P.), definindo a sua estrutura, atribuições, órgãos e serviços e respetivas competências. Diário da República n.º 103/2007, Série I de 2007-05-29.
- Ministério da Saúde [MS]. (2011). Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março - *Funde de várias Unidades de Saúde*. Diário da República: I Série, n.º 43/2011. <https://dre.tretas.org/dre/282596/decreto-lei-30-2011-de-2-de-marco#anexos>
- Ministério da Saúde [MS]. (2012). Decreto-Lei n.º 290/2012 de 24 de setembro - Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas. *Diário da República*, Série I, n.º 185, 5350-5376.
- Ministério da Saúde [MS]. (2013a). Decreto-lei n.º 69/2013 de 17 de maio - Procede à criação do CHS, E.P.E. por fusão do CHS, unidade funcional II E.P.E. *Diário da República*, Série I, n.º 223, 30247-30254.
- Ministério da Saúde [MS]. (2013). *Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde [MS]. (2014a). Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto - *Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência*. Diário da República, II Série, n.º 153, de (2014), pp. 20673-20678. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>.
- Ministério da Saúde [MS]. (2014b). Despacho n.º 5561/2014 de 23 de abril - *Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida do INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica, IP, que atuam no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência*. Diário da República, II Série, n.º 79. <https://dre.tretas.org/dre/316735/despacho-5561-2014-de-23-de-abril>.

- Ministério da Saúde [MS]. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro - Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, Série II, n.º 28, 3882(2) - 3882(10).
- Ministério da Saúde [MS]. (2015a). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio - Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, Série II, n.º 102/2015, pp. 13550-13553.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Ministério da Saúde [MS]. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. *República Portuguesa - Saúde*, 6–10.
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9390/2021 do Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República: II Série*, n.º 187.
<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Ministry of Health - Region of Madrid (2017). *Humanisation in intensive care units*. Madrid: Ministry of Health - Region of Madrid.
- Netto L., Silva K. L. & Rua M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Esc Anna Nery*. 22 (1). 1-6.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309>
- Niza, P. C. P. S. (2018). *Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: Uma intervenção especializada de enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25327>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), 187–199.
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/CYWtf8WLZrCy7qJNjkdhtxC/?format=pdf&lang=pt>

- Nunes, L. (2016). *E quando eu não puder decidir?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 9789898838698
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, (59), 32–33. <https://doi.org/10.48492/servir0259.23090>
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem* (2.^a ed.). Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento concetual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015a). Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.^a Série, n.º 123, 17240-17243.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015b). Código Deontológico. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015c). Deontologia profissional de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Parecer n.º10/2017. *Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. Mesa do Colégio da especialidade em enfermagem médico-cirúrgica. 1-4.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pes-

soa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135, 19359- 19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). Parecer n.º 15/2016. *Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviço de Medicina Intensiva*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. pp. 1-4.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série, n.º 26, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro - *Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. *Diário da República*, II série, n.º 184, 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023). Parecer n.º 065/2023. *Decisão de não reanimar (DNR)*. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. 1-4.

Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2023). *Transportes de doentes críticos: Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Organização Mundial da Saúde (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. OMS.

Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258-2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Ed. Portuguesa). Lusociência.
- Portaria nº75/2016 do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016). Diário da República nº69/2016: I Série de 2016-04-08. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/75-2016-74076044>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem roper-logan-tierney: baseado nas atividades de vida diária*. CLIMEPSI
- Ricard-Hibon, A., Ducassé, J. L., Ravaud, P., Wood, C., Viel, E., Chauvin, M., Brunet, F., & Bleichner, G. (2004). Quality control programme for acute pain management in emergency medicine: A national survey. *European Journal of Emergency Medicine*, 11(4), 198–203. <https://doi.org/10.1097/01.mej.0000136698.56966.f0>
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15(5), 1-38. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, J. M. F. (2017). *O enfermeiro como promotor da qualidade e segurança nos cuidados: Gestão do erro* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria]. IC-Online.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022). *Evolução Diária dos Acionamentos de Meios de Emergência Médica* <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/acionamentos-de-meios-de-emergencia-medica/table/?sort=periodo&refine.periodo=2022>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2023). *Entidades de Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude>
- Silva, P. L., & Rocco, P. R. M. (2018). The basics of respiratory mechanics: ventilator-derived parameters. *Annals of Translational Medicine*, 6(19), 376. <https://doi.org/10.21037/atm.2018.06.06>

- Silva, R. C. da., & Silva, L. F. da. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, e1207. DOI: 10.5935/1415-2762.20190055.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Lisboa: SPCI. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(10), 135-142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.^a ed.). Lusociência.
- Universidade de Évora (2015). NCE/14/01772 – Apresentação de pedido corrigido: Novo ciclo de estudos. https://www.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management*. Elsevier.
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: Structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575-1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.04.004>

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio



Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	Ano Letivo: <u>2019/2020</u>
--	--

1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)
A temática apresentada, relaciona-se com o desenvolvimento da prática diária de cuidados em contexto pré-hospitalar. A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é constituída por um Médico e Enfermeiro, dispõe de equipamento para Suporte Avançado de Vida, tendo como objetivo primordial a estabilização do Doente do foro médico ou traumatológico (Instituto Nacional de Emergência Médica-INEM). É frequente o contato com vítimas submetidas a sedação e ventilação mecânica invasiva (VMI), incapazes de comunicar e autoavaliar a dor. Neste contexto, a avaliação da dor nestes doentes torna-se um desafio (Urden, Stacy, & Lough, 2014), dificultado pela inadequada aplicação dos instrumentos em uso (escala numérica e escala qualitativa). A gestão eficaz da dor carece de uma avaliação segura e exata, o que depende do uso de escalas adequadas (Botalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013). Segundo INEM (2012) a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade inicial embora equiparada com distintos sinais vitais. No entanto a recomendação da Direção Geral de Saúde emitida numa circular normativa n.º9/DGOG de 14/06/2003, que assinala que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um facto fundamental para a humanização dos cuidados de saúde. O conceito de doente crítico segundo autores como Benner, Kyriakidis, e Stannard (2011), é definido como aquele que está em situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente e revela assim um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos. Por sua vez, a dor pode ser considerada "(...) uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervm e contribuem para a sua subjectividade" (OE, 2008, p.11). A impossibilidade de auto-avaliação da dor nalguns destes doentes, implica a sua avaliação de forma subjectiva. Neste âmbito, destaca-se a importância de escalas de avaliação da dor, onde são considerados critérios subjectivos como a expressão facial e o movimento da pessoa, bem como certos parâmetros fisiológicos, como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016, p.40), afirma-se que "a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, deve ser avaliada por meio subjectivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS).", o que favorece uma abordagem sistematizada, aperfeiçoando a gestão da dor (Cada, 2008). No doente sedado sob ventilação mecânica invasiva e por isso inviabilizado de autoavaliar a dor, desde que a sua função motora permaneça intacta, as alterações comportamentais provenientes da presença de dor são observáveis, estando nestes casos aconselhado o uso da escala BPS (Ferreira et al., 2014; Park & Kim, 2014). Esta escala foi desenvolvida por Payen et al. (2001) e desde então é utilizada em

ISSN 2484-5374

doentes submetidos a VMI incapazes de autoavaliar a dor, sendo a indicada pela SPCF após estudo nas UCI's portuguesas (2012). Esta escala foi submetida a avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validade semântica e culturalmente para a população portuguesa (Batalha et al., 2013).

2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

OBJETIVO GERAL

- Contribuir para a melhoria da gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar.

Objetivos Específicos:

- Incrementar conhecimentos e competências da equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Faro e Albufeira, na área da avaliação e controle da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva;
- Introduzir uma abordagem padronizada, utilizando a BPS, na avaliação e monitorização da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva, em contexto pré-hospitalar
- Avaliar junto da equipa os contributos da utilização da BPS na avaliação e controle da dor.

CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Aplicação Questionário pré-intervenção, como instrumento de diagnóstico de situação, compreendendo 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização académica e profissional por grupo profissional e experiência/conhecimentos sobre a temática proposta;
- Realização de momentos formativos para apresentação e instrução da equipa na aplicação da Behavioral Pain Scale; Implementação de um protocolo atitudinal a BPS;
- Elaboração de um Poster sobre a BPS.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aprovação protocolo da BPS, para gestão da dor na pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica Invasiva por parte do Enf.º Coordenador da VMER e Médico Coordenador das VMER do Setor;
- Melhoria na qualidade dos cuidados prestados na gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar;

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

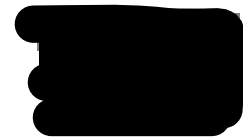
- Aplicação de um questionário à equipa, avaliando a formação em serviço bem como o(s) formador(es);
- Planear segundo momento formativo de forma a elucidar conhecimentos.

3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES													
Fase	Atividades	2019						2020					
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril				
Diagnóstico e planeamento	Reuniões com Orientadores;												
	Construção e aplicação do questionário diagnóstico;												
	Definição dos objetivos do Projeto												
	Pesquisa Bibliográfica												
	Pedido de autorização ao Conselho de Administração;												
Execução	Entrega da proposta de Projeto de Estágio;												
	Definição das atividades a desenvolver;												
	Preparação da Formação em Serviço;												
	Realização da Formação em Serviço;												
Avaliação/relatório	Criação do Poster												
	Questionário de Avaliação da Sessão de Formação												
	Análise dos dados obtidos;												
	Elaboração do Relatório de Estágio;												
	Entrega do Relatório de Estágio												

Apêndice II – Análise SWOT

FATORES INTERNOS	
PONTOS FORTES (+) - S	FRAQUEZAS (-) - W
➤ Permitir melhoria dos resultados em saúde dos doentes; ➤ Promover o conforto do doente/família; ➤ Melhorar o <i>outcome</i> do doente; ➤ Diminuição do tempo de internamento no Intra-hospitalar e consequentemente dos custos; ➤ Equipa multidisciplinar dinâmica e interessada na problemática; ➤ Área de interesse/motivação pessoal; ➤ Ausência de ferramenta para avaliação da BPS, nas plataformas internas e na ferramenta de registo iTeams, utilizada nos meios extra-hospitalar; ➤ Promoção do conforto no doente crítico submetido a VMI; ➤ Problemática pertinente, pouco explorada em contexto extra-hospitalar; ➤ Melhorar a qualidade de cuidados prestados ao doente crítico em contexto Extra-Hospitalar	➤ Dificuldade inerente à avaliação da dor no doente submetido a ventilação mecânica; ➤ Não adesão da equipa à implementação da escala BPS;
FATORES EXTERNOS	
OPORTUNIDADES (+) - O	AMEAÇAS (-) - T
➤ Inexistência de uma escala para avaliação da dor no doente ventilado na VMER; ➤ Inexistência de uma ferramenta de registo da escala BPS na plataforma iTeams; ➤ Contributo para a humanização dos cuidados; ➤ Promover as boas práticas e a qualidade dos cuidados ao doente crítico; ➤ Identificação da importância da temática; ➤ Integração da temática no âmbito do programa de Formação Contínua da VMER.	➤ Tempo reduzido para a realização do IPM; ➤ Custos associados; ➤ Resistência da equipa à mudança da prática.

Apêndice III – Questionário de Diagnóstico



QUESTIONÁRIO

Ex.mo (a) Senhor (a)

No âmbito do Projeto de Intervenção Profissional “Gestão da Dor no doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar”, inserido no 3º Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica. O presente questionário tem como objetivo o aferimento acerca do conhecimento da Equipa multidisciplinar das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação de [REDACTED] acerca da temática da gestão da Dor, e do conhecimento da Behavioral Pain Scale (BPS) para avaliação do 5º sinal vital.

É frequente o contato com vítimas submetidas a sedação e ventilação mecânica invasiva (VMI), incapazes de comunicar e autoavaliar a dor. Neste contexto, a avaliação da dor nestes doentes torna-se um desafio (Urden, Stacy, & Lough, 2014), dificultado pela inadequada aplicação dos instrumentos em uso (escala numérica e escala qualitativa). A gestão eficaz da dor carece de uma avaliação segura e exata, o que depende do uso de escalas adequadas (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013).

“A dor em doentes críticos é comum e a sua gestão representa um desafio universal. Os profissionais de saúde frequentemente subestimam a dor do doente crítico embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente durante o seu internamento” PNAD-SPCI (2011).

De acordo com a SPCI (2016, p.40), afirma-se que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS)”. Esta escala foi submetida a avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validada semântica e culturalmente para a população portuguesa (Batalha et al., 2013).

Desde modo, o questionário encontra-se dividido em 3 partes, a caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e a apreciação do conhecimento da equipa relativamente a avaliação da dor, bem como a implementação de uma escala - BPS

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos associados a este projeto de intervenção profissional. A sua participação é muito importante para a realização do mesmo.

Consentimento Informado, Esclarecido e Livre

Tomei conhecimento dos objetivos do estudo e aceito colaborar no mesmo:

Sim: _____ Não: _____

PARTE I- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Género			
Masculino		Feminino	

Idade (anos)							
20-30		31-40		41-50		>50	

PARTE II - CARACTERIZAÇÃO ACADÉMICA E PROFISSIONAL

Categoria Profissional:			
Médico		Enfermeiro	

Grau Académico:

Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento	
-------------	--	--------------	--	----------	--	--------------	--

Especialidade:

Sim		Não	
Se sim qual(ais)?			

Experiência Profissional (anos)

0-5		6-10		11-15		16-20		>21	
-----	--	------	--	-------	--	-------	--	-----	--

Experiência em cuidados à pessoa em situação crítica (anos)

Nenhuma		0-5		6-10		11-15		16-20		>21	
Em que contexto?											

Experiência em VMER (anos)

0-5		6-10		11-15		16-20		>21	
-----	--	------	--	-------	--	-------	--	-----	--

Experiência em Cuidados Intensivos (anos)

0-5		6-10		11-15		16-20		>21	
-----	--	------	--	-------	--	-------	--	-----	--

PARTE III – CONHECIMENTO ACERCA DA ESCALA BPS E PERTINÊNCIA DA SUA IMPLEMENTAÇÃO

Na sua opinião a avaliação da dor na vítima sedada sob VMI é uma temática pertinente?

Sim

Não

Tem conhecimento da escala que está preconizada pelo Grupo de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos?

Sim

Não

Considera importante a implementação de uma escala de avaliação da dor em contexto VMER para doentes em VMI?

Sim

Não

Tem conhecimento acerca da Escala BPS – Behavioral Pain Scale?

Sim

Não

Se
Sim

, na questão anterior, indique a opção que melhor reflete o seu grau de concordância relativamente à escala BPS na avaliação da dor do doente crítico.

Já usou a escala BPS em contexto de VMER?

Sim

Não

Na sua opinião a BPS é uma ferramenta que avalia adequadamente a dor no doente crítico sob VMI?

Sim

Não

Considera uma ferramenta fidedigna?

Sim

Não

A utilização desta ferramenta traz benefícios reais para o doente crítico em contexto VMER?

Sim

Não

A utilização desta ferramenta constitui-se como um indicador de qualidade dos cuidados à vítima crítica?

Sim

Não

A utilização desta ferramenta permite uma linguagem universal entre os profissionais na gestão da dor do doente crítico sob VMI?

Sim

Não

Apêndice IV – Apresentação da Revisão Estatística da Sedoanalgesia

Espaço temporal: 1 de novembro de 2015 até 30 de abril de 2020

NÓS POR CÁ

Revisão estatística da Sedoanalgesia

[REDACTED]², Solange Mega^{1,2}, Dulce Santiago³

Enfermeiro VMER¹; Enfermeiro SIV²; Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica/Docente Ensino Superior Politécnico de Beja³

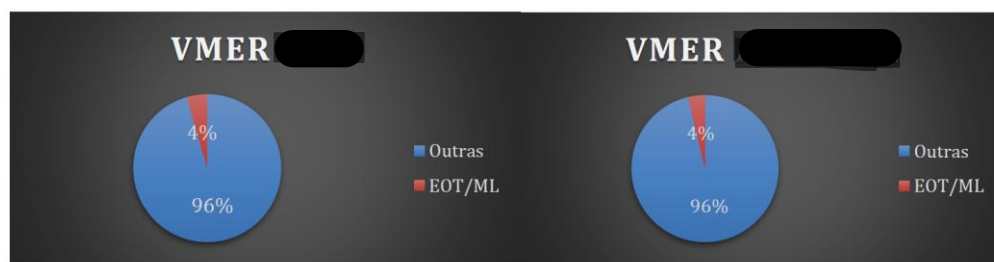
Nesta rubrica, de “Nós por cá...”, efetuamos a revisão estatística da sedoanalgesia em contexto de ventilação mecânica invasiva, nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER's) de [REDACTED]. No estudo foram excluídas as Paragens Cardio-Respiratórias não reversíveis.

Com o objetivo de conhecer melhor a nossa realidade, utilizamos o período compreendido entre 1 de novembro de 2015 e 30 de abril de 2020. Neste período a VMER de [REDACTED] teve 7678 ativações e a VMER de [REDACTED] 4339 ativações.

Efetuamos a revisão estatística de modo a responder às seguintes questões:

Questão n.º 1

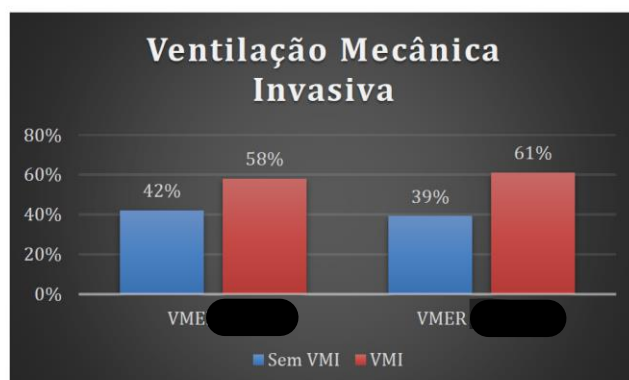
Qual é a percentagem de vítimas submetidas a entubação orotraqueal (EOT)/ Máscara Laríngea (ML)?



Verificamos que a percentagem de vítimas submetidas a entubação orotraqueal (EOT) ou colocação de Máscara Laríngea (ML) foi para ambas as VMER's de 4% do total de ocorrências

Questão n.º 2

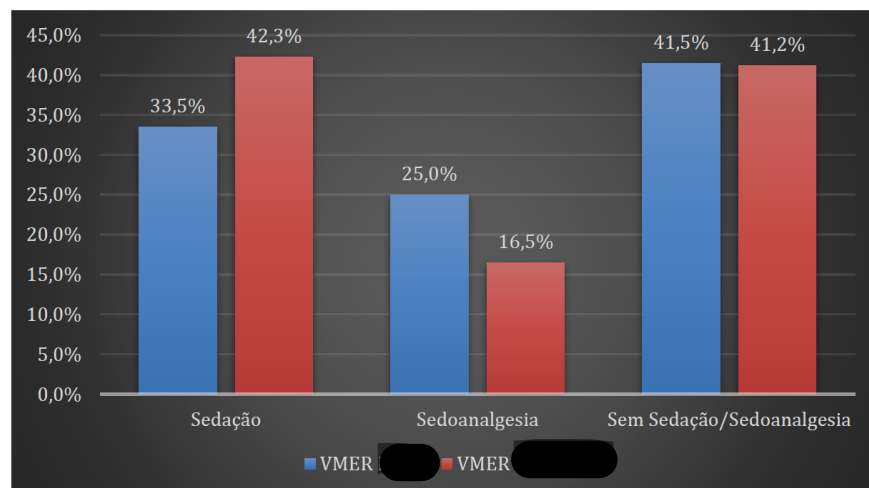
Qual foi a percentagem de vitimas submetidas à ventilação mecânica invasiva (VMI) ?



Segundo o gráfico exposto podemos verificar que a percentagem de vítimas em que se recorreu à VMI, após a colocação de EOT ou ML, representam 58% para a VMER de [REDACTED] 61% para a VMER de [REDACTED]

Questão n.º 3

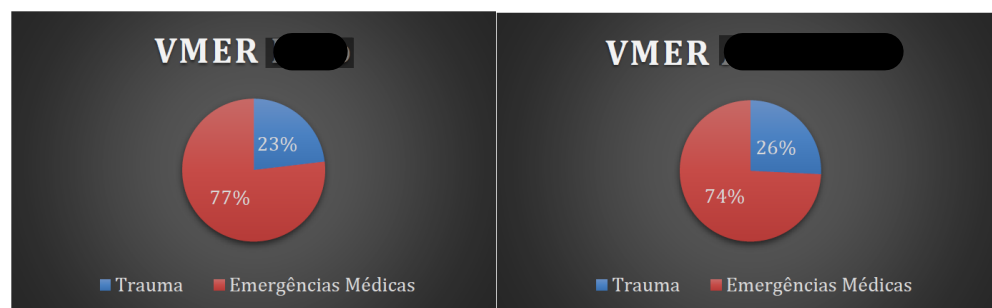
Qual é a percentagem de vítimas submetidas a ventilação mecânica invasiva sob sedoanalgesia?



Podemos verificar que na VMER de [REDACTED] 25% das vítimas sujeitas a VMI foram submetidas a sedoanalgesia e na VMER de [REDACTED] representou 16,5%.

Questão n.º 4

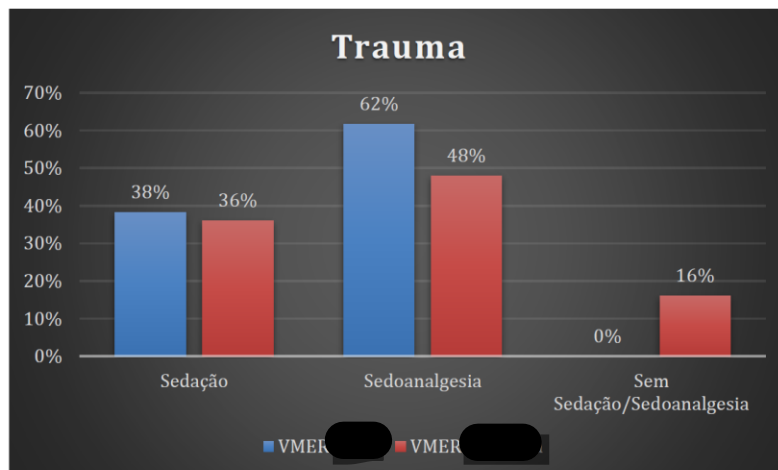
Qual a percentagem de Ventilação Mecânica Invasiva em contexto de Emergências Médicas e de Trauma?



Segundos os gráficos expostos verificamos que as Emergências Médicas representam a maior percentagem de vítimas submetidas a VMI para ambas as VMER's, representando 77% na VMER [REDACTED] e 74% para a VMER de [REDACTED]

Questão n.º 5

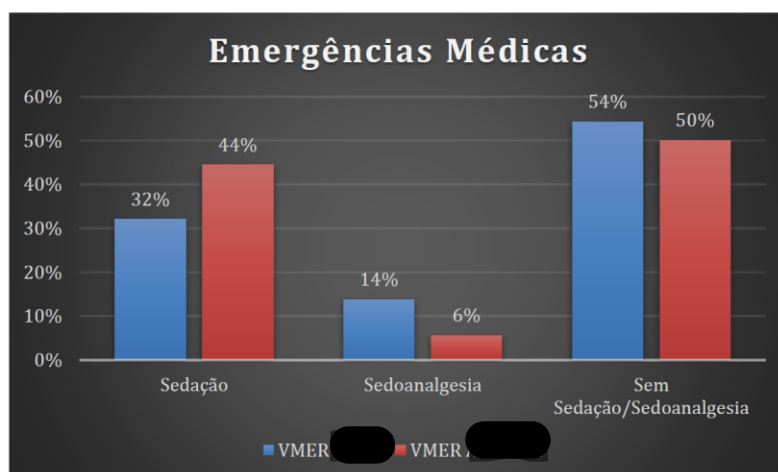
Qual é a percentagem de vítimas submetidas a ventilação mecânica invasiva sob sedoanalgesia em contexto de Trauma?



Podemos verificar que na VMER de [redacted] 62% das vítimas sujeitas a VMI foram submetidas a sedoanalgesia e na VMER de [redacted] a 48%.

Questão n.º 6

Qual a percentagem de vítimas submetidas a ventilação mecânica invasiva sob sedoanalgesia em contexto de Emergências Médicas?



Podemos verificar que em contexto de emergências médicas, em vítimas sujeitas a VMI, 14% foram submetidas a sedoanalgesia na VMER de [redacted] 6% na VMER de [redacted]

“Assim, nós por cá...!”

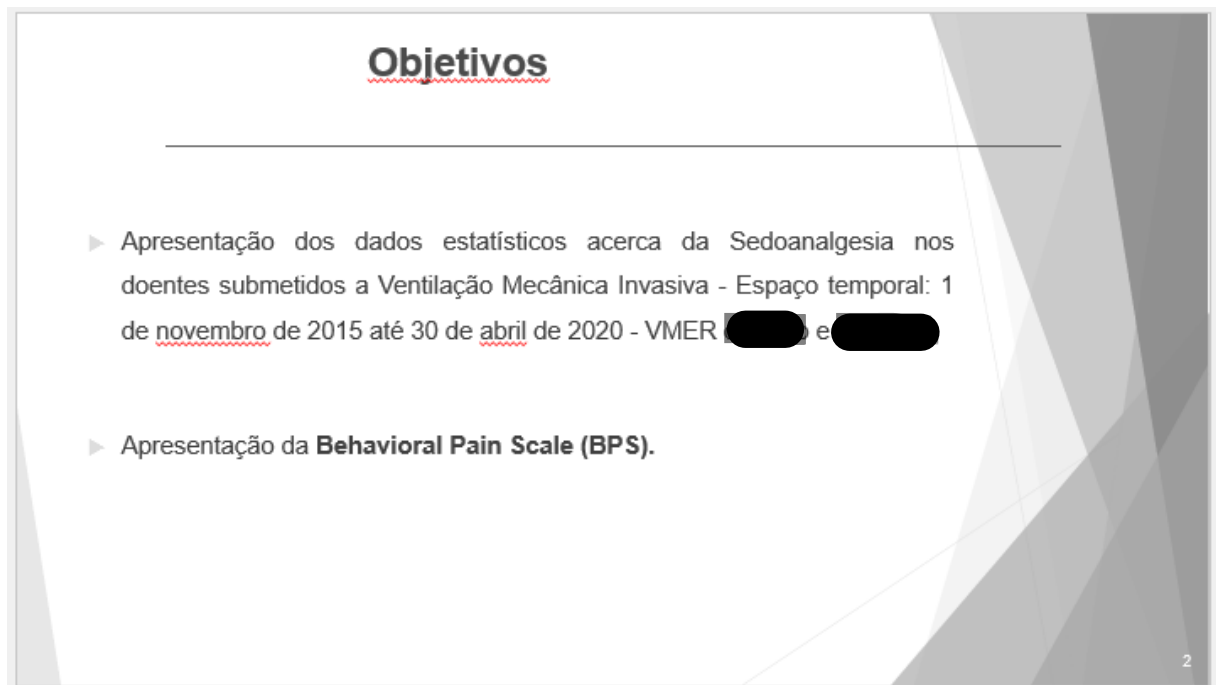
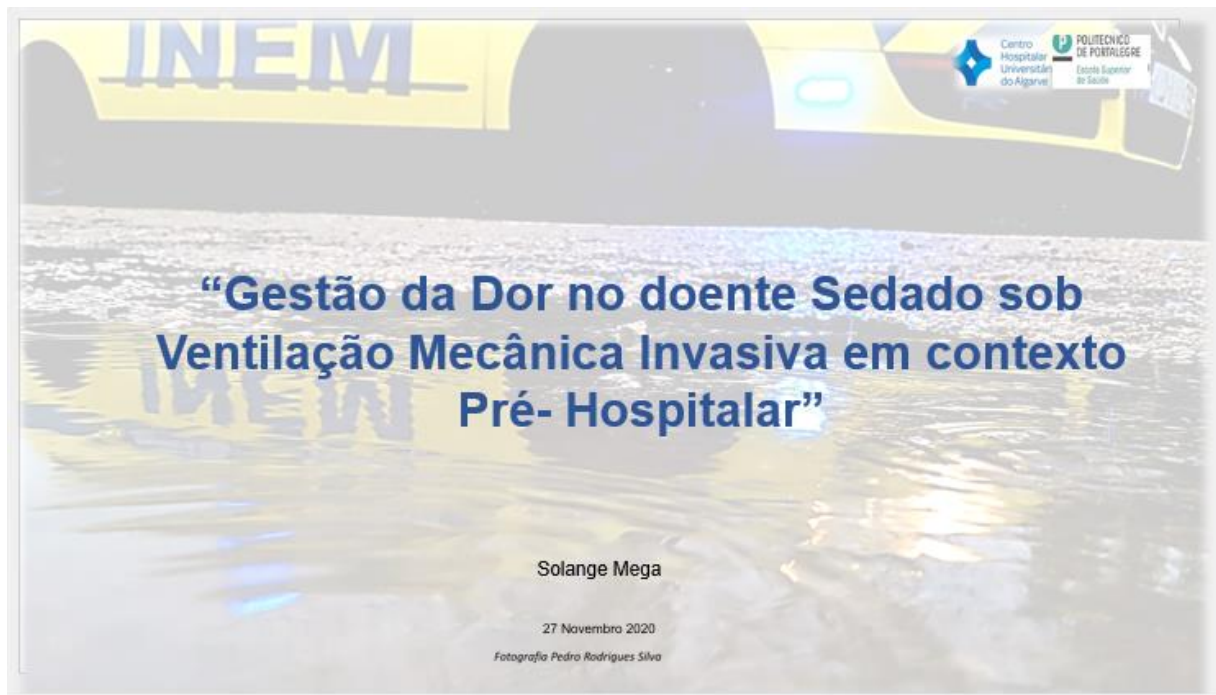
- Podemos concluir, que a percentagem de vítimas submetidas a VMI, representa 58% das vítimas na VMER de [redacted] e a 61% na VMER de [redacted]
- Verificamos que a percentagem de vítimas submetidas a sedoanalgesia é de 25 % na VMER de [redacted] 16,5% para a VMER de [redacted]. Contudo, chegamos á conclusão que 41,5% das vítimas na VMER de [redacted] 41,2% na VMER de [redacted] não foram submetidas nem a sedação nem a sedoanalgesia.
- Quando comparamos a revisão estatística da sedoanalgesia em contexto de Trauma versus Emergências Médicas,

verificamos que para a VMER de [REDACTED] 2% das vítimas de trauma foram sujeitas a sedoanalgesia e apenas 14% em contexto de Emergência Médica. No que concerne à VMER de [REDACTED] 48% das vítimas de trauma foram sujeitas a sedoanalgesia e só 6% das vítimas de Emergências Médicas.

Para realizar este estudo efetuamos levantamento estatístico na base de dados da VMER [REDACTED]. É importante referir que os resultados obtidos têm limitações, referentes a algumas faltas nos registos que não conseguimos contornar.

Perante os resultados que conseguimos apurar obriga-nos a reconhecer que devemos fazer uma reflexão crítica dos mesmos, de forma a que se definam estratégias para melhoria na prática diária de prestação de cuidados pré-hospitalar.

Apêndice V – Apresentação “Gestão da Dor no Doente Sedado sob VMI em contexto Pré-hospitalar”



Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Competência	
B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	
Descritivo	
O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.	
Unidades de competência	Conteúdos de avaliação
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.

3

Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

K.1.3 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas	K.1.3.1 – Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar. K.1.3.2 - Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica. K.1.3.3 - Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. K.1.3.4 - Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.
---	---

4

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] – Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

- VMER de [REDACTED] e a VMER de [REDACTED]

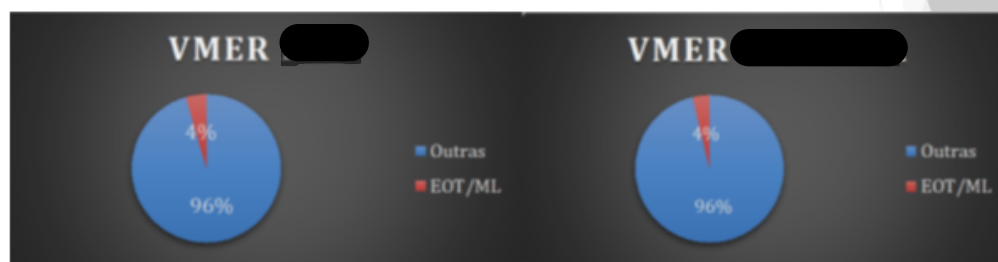
PCR cadáver Local (Total)	42%
VMI (inclui PCR recuperadas)	58%

	incluiu as PCR recuperada	
Trauma	47	23%
EM	153	77%
Total	200	

5

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] – Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

- VMER de [REDACTED] e a VMER de [REDACTED]



6

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] – Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

- VMER de [REDACTED] teve [REDACTED] e a VMER de [REDACTED] [REDACTED]

Sedação	Propofol, midazolam, etomidato, Ketamina, Rocuronio, Vecuronio,
Sedoanalgesia	Fentanil, Ketamina, morfina

7

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] – Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

- VMER de [REDACTED]

	Incluiu as PCR recuperada	
Trauma	47	23%
EM	153	77%
	Total	200

No Geral		
Sedação	67	34%
Sedoanalgesia	50	25%
Sem Sedação/Sedoanalgesia	83	42%
	200	100%

8

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

VMER de [REDACTED] 4339 [REDACTED]

	incluiu as PCR recuperada	
Trauma	25	26%
EM	72	74%
Total	97	100

No Geral		
Sedação	41	42%
Sedoanalgesia	16	16%
Sem Sedação/Sedoanalgesia	40	41%
		100%

9

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] – Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

- O mesmo espaço temporal, mas foi retirado profissionais no total

Total de Sidas	96%	6890
Total de VMI	4%	145

VMER [REDACTED]

Total de Sidas	3699	99%
Total de VMI	34	1%

VMER [REDACTED]

10

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] – Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

Trauma EM	incluiu as PCR recuperada	
	3	5%
	60	95%
Total		63

VMER [REDACTED]

No Geral		
Sedação	16	25%
Sedoanalgesia	6	10%
Sem Sedação/Sedoanalgesia	41	65%
	63	100%

11

1 de Novembro de 2015 até 30 de Abril de 2020 - VMER de [REDACTED] e [REDACTED] – Doentes submetidos a Ventilação Mecânica Invasiva

Trauma EM	incluiu as PCR recuperada	
	2	6%
	32	94%
Total		34

VMER [REDACTED]

No Geral		
Sedação	9	28%
Sedoanalgesia	3	9%
Sem Sedação/Sedoanalgesia	20	63%
		100%

12

5º Sinal Vital



Direção-Geral da Saúde
Circular Normativa
 Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático de dor
 Nº 02/2020
 Data: 14/06/2020

Para: Administração Regional de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde
 Contexto: no SNS, Domínio de Doenças Crónicas, Crónicas e Geriátricas

1 - INTRODUÇÃO

Recordando-se que:

- a) A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde;
- b) O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um pilar fundamental para a efectiva humanização dos cuidados de saúde;
- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, no grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor;
- d) Para além das Unidades de Cuidados, existe a oferta de novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consagrado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor;
- e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica depende da identificação da Dor em todos os seus contextos;
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor pelos profissionais de saúde, bem que se faça de forma contínua e regular, a par da avaliação dos sinais vitais, de modo a garantir a fiabilidade, de resposta ao serviço prestado de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente;

A Direção-Geral da Saúde, no uso das suas competências normativas e de gestão de saúde e Cuidado do Desenvolvimento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, mobiliza a presente Circular, a "Dor como 5º sinal vital".

Notas técnicas, constantes no anexo sobre o tema, no âmbito dos serviços prestados de cuidados de saúde, de modo a garantir a qualidade dos cuidados de saúde.

1. O registo sistemático da intensidade da Dor;

2. A utilização para monitorização da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: "Visual Analogue Scale" (conhecida em inglês também por "Visual Pain Scale", "Visual Analogue Scale", "Visual Analogue Scale" ou "Visual Pain Scale");

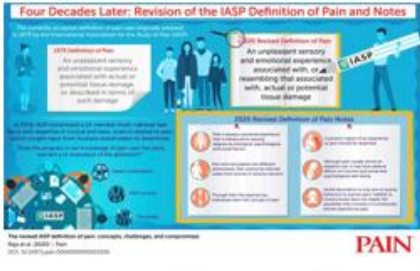
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em caso dos serviços prestados de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo de intensidade da Dor;

2 - REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da Dor pode efectuar-se com recurso a qualquer das duas escalas propostas;
- b) A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente;
- c) A concordância dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita;

Anexo 1: Anexo técnico, de 14/06/2020, sobre o tema "Dor como 5º sinal vital".

✓ Segundo a **International Association for the Study of Pain (2020)**: "Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. A dor é subjectiva, multifactorial e multidimensional. Não tem marcadores biológicos quantificáveis e é equiparada ao 5º sinal vital."



13

Vítimas submetidas a sedação e ventilação mecânica invasiva, são incapazes de comunicar e de auto-avaliar a dor, tornando-se um desafio a avaliação da mesma, com a aplicação dos instrumentos em uso, escala numérica e qualitativa. Neste âmbito, destaca-se a importância do uso de escalas de avaliação da dor e a necessidade de investir nesta temática.

A **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**, afirma que "a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS)". Esta escala foi submetida a avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validada semântica e culturalmente para a população portuguesa.

14

Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)

Cultural adaptation and psychometric properties of the Portuguese version of the Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)
 Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la versión portuguesa de la escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT)

Luís Manuel Cunha Baralho¹; Ana Margarida Figueiredo²; Maria Marques^{3,4}; Vera Bizarro^{5,6,7}

Resumo

As escalas desenvolvidas para avaliação da dor em doentes adultos intubados em unidades de cuidados intensivos são pouco e insuficientemente estudadas. Os objetivos deste estudo foram adaptar semanticamente e culturalmente para o Português a escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient e avaliar as suas propriedades psicométricas em doentes intubados nas unidades intensivas em ventilação mecânica e com parâmetros estáveis e em equilíbrio.

Toma-se de um estudo de carácter metodológico, de triagem e análise de validade psicométrica da escala referida como o desenvolvimento de pontos e aplicação da escala por dois observadores, de forma simultânea e independente e 100 doentes, selecionados de forma aleatória. O processo de validação semântica e cultural resultou numa versão contextualizada. Na análise factorial de componentes principais, a seleção de um fator apresentou uma variância explicada entre 47,56% e 55,14%. A consistência interna calculada pelo de Cronbach variou entre 0,81 e 0,93. O nível de concordância entre observadores variou para cada item entre um valor de kappa de 0,20 e 0,46. O coeficiente de concordância intra-observador variou entre 0,20 e 0,46. A versão Portuguesa da BPS-IP/PT, quando utilizada em doentes adultos em ventilação mecânica intubados em unidades intensivas, revelou-se válida e fiável.

BPS	Descrição	Pontos
Expressão Facial	• Relaxeado	+ 1
	• Parcialmente contraído (por ex., abaulamento palpebral)	+ 2
	• Completamente contraído (olhos fechados)	+ 3
	• Contorção facial	+ 4
Movimento dos Membros Superiores	• Sem movimento	+ 1
	• Movimentação parcial	+ 2
	• Movimentação completa com flexão dos dedos	+ 3
	• Permanentemente contraído	+ 4
Adaptação ao ventilador	• Tolerante	+ 1
	• Tensa, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	+ 2
	• Luta contra o ventilador	+ 3
	• Ventilação não controlada	+ 4

Notação	Interpretação
1	Sem dor
2-3	Dor leve/moderada
4-5	Dor grave
6	Dor insuportável

15



Behavioral Pain Scale (BPS)

ESCALA BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Behavioral Pain Scale (BPS)

Lee Sumai



16



Foi realizado um poster com objetivo formativo, partilha para com a equipa para colocação na base de [REDACTED] e [REDACTED]

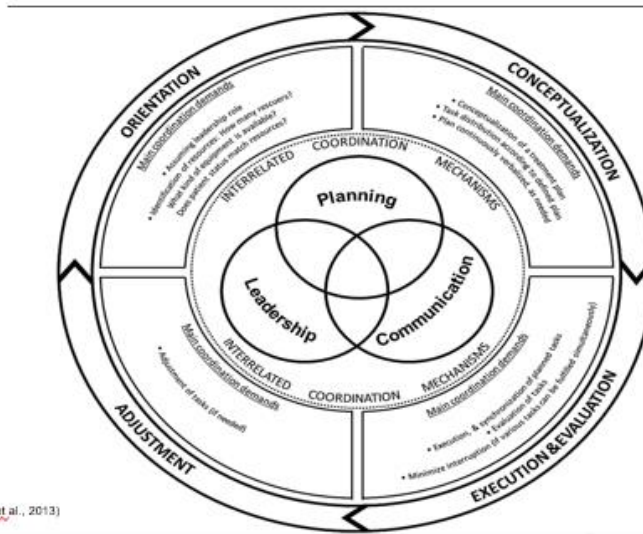
Parceria do Drº Ricardo Júlio, interno do 5º ano de Anestesiologia, de forma a introduzir-se sugestões de administração de dois fármacos rápida acção consoante a instabilidade do doente.

17



18

Trabalho de Equipa



(Castelao, F. et al., 2013)

19

Trabalho de Equipa



Objetivo
Comum

20

O controlo da dor é um direito das vítimas e principalmente um dever dos profissionais de saúde quando responsáveis pelas mesmas. O desconhecimento e subvalorização da dor são erros éticos comuns e falhas na prática de um profissional, comprometendo os cuidados de excelência.

De salientar que em ambiente PH existem doentes que são sedados, ventilados, e submetidos a outros procedimentos invasivos, estando expostos aos riscos inerentes às respectivas técnicas. A **gestão da dor torna-se numa medida crucial**, quer na melhoria dos outcomes no Doente Crítico, quer nos ganhos económicos a nível organizacional

21

Projetos Futuros

- Introdução da ferramenta de avaliação da dor, BPS, na base de dados da VMER;
- Levantamento estatístico, no mínimo 1 ano para revisão retrospectiva das medidas adaptadas;
- Apresentação de um Projeto ao Departamento de Emergência Médica – INEM, para introdução da escala na ferramenta de trabalho iTeams;
- Apresentação congresso científico acerca da temática em questão

22

Referências Bibliográficas

- ▶ Raja et al. (2020). The revised IASP definition of pain: concepts, challenges and compromises. Pain DOI 10.1097/j.pain.0000000000001939;
- ▶ . SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor [s.d]. [s.l.]Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf ;
- ▶ Batalha, Luís Manuel Cunha; Figueiredo, Ana Margarida; Marques, Marisa; Bizarro, Vera. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). Referencia 2013; III(9). Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2013/39-007.php>> ;
- ▶ . Pinheiro, A. Rita; Marques, Rita. Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literature. Rev. bras. ter. intensiva vol.31 no.4 São Paulo Out./Dec. 2019 Epub Jan 20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190070>;
- ▶ Binder, Andreas; Biniek, Rolf et al. 2015. Evidence and consensus based guideline for the management of delirium, analgesia, and sedation in intensive care medicine. Intensive Care Medicine <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26609286>;
- ▶ Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Joeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Critical Care Medicine, 41(1), 263–306. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182783b72..

Apêndice VI – Poster BPS

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Gestão da dor em contexto pré-hospitalar

Maga, Solange¹ Santiago, Maria Dulce² Soares, João Ricardo³

¹Mestrando do 3º Curso em Associação IP-Portalegre – Especialidade EMC-PSC, Enfermeira SV e VMER ²ProPR Do⁴ Instituto Politécnico de Leiria ³Pós-graduada Anestesiologia CHUA-Faro, Médico VMER

INTRODUÇÃO

Segundo a *International Association for the Study of Pain*: "Dor é uma experiência sensível e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. A dor é subjectiva, multifactorial e multidimensional. Não tem marcadores biológicos quantificáveis e é equiparada ao 5º sinal vital."¹

Vítimas submetidas a sedação e ventilação mecânica invasiva, são incapazes de comunicar e de auto-avaliar a dor, tornando-se um desafio a avaliação da mesma, com a aplicação dos instrumentos em uso, escala numérica e qualitativa. Neste âmbito, destaca-se a importância do uso de escalas de avaliação da dor e a necessidade de investir nesta temática.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, afirma que "a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS)²". Esta escala foi submetida a avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validade semântica e culturalmente para a população portuguesa³.

A BPS é baseada na soma do score de três indicadores de dor: expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação à ventilação mecânica (Figure 1).

Um doente com subanestesia leva a que haja assincronia com o ventilador, traduzindo-se em aumento de lesões cerebrais, aumento do tempo de internamento e aumento da taxa de mortalidade.⁴

Terapêutica Não Farmacológica:
✓ Posicionamento e relaxamento.

Terapêutica Farmacológica:

- ✓ A terapêutica opióide é aquela que está comprovada como terapêutica adequada a doentes sob ventilação mecânica;
- ✓ O Fentanil é o opióide preferencial para o início rápido de analgesia em doentes agudos, com instabilidade hemodinâmica e insuficiência renal;
- ✓ Morfina é o opióide preferencial em terapêutica intermitente devido à sua maior duração de acção.^{4,5}

DISCUSSÃO:

- ✓ Realçamos a importância de sedoanalgesia no Doente Crítico, permitindo assim um maior conforto, diminuição da necessidade de consumo de oxigénio, bem como a diminuição da Pressão Intracranéica;
- ✓ Sendo o pré-hospitalar (PH) um ambiente particular em contexto de trabalho e com fármacos mais limitados, sugerimos a utilização de Fentanil pelo seu rápido início de acção e pela segurança do ponto de vista hemodinâmico.

CONCLUSÃO:

- ✓ O controlo da dor é um direito das vítimas e principalmente um dever dos profissionais de saúde quando responsáveis pelas mesmas. O desconhecimento e subvalorização da dor são erros éticos comuns e falhas na prática de um profissional, comprometendo os cuidados de excelência.⁶
- ✓ De salientar que em ambiente PH existem doentes que são sedados, ventilados, e submetidos a outros procedimentos invasivos, estando expostos aos riscos inerentes às respectivas técnicas. A gestão da dor torna-se numa medida crucial, quer na melhoria dos outcomes no Doente Crítico, quer nos ganhos económicos a nível organizacional.

Figura 1: Escala Behavioral Pain Scale – Tradução e adaptação da versão portuguesa.³

BPS	Descrição	Pontos
Expressão Facial	• Relaxado	+ 1
	• Parcialmente contraído (por ex.: abertamento palpebral)	+ 2
	• Completamente contraída (olhos fechados)	+ 3
	• Contorção facial	+ 4
Movimento dos Membros Superiores	• Sem movimento	+ 1
	• Movimentação parcial	+ 2
	• Movimentação completa com flexão dos dedos	+ 3
	• Permanentemente contraídos	+ 4
Adaptação ao ventilador	• Tolerante	+ 1
	• Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica e maior parte do tempo	+ 2
	• Luta contra o ventilador	+ 3
	• Ventilação não controlada	+ 4

Figura 2: Interpretação da Pontuação da BPS.³

Pontuação	Interpretação
1	Sem dor
4-5	Dor moderada
6-7	Dor em quantidade insuportável
12	Dor máxima

Meta de analgesia: BPS ≤ 4

Figura 3: Fármacos para Analgesia.

Terapêutica Farmacológica	Tempo de Atuação	Dósis	Efeitos Secundários
Morfina 1mg/mL	5 a 20 min	0,05mg/kg 1 a 4mg IV	Assedação, hipotensão e renal, libertação de histamina, hipotensão, depressão respiratória, náuseas, vômitos e bradicardia
Fentanil 50mcg/mL	1 a 2 min	0,5-3mcg/kg	Assedação com toxicidade renal, hipotensão, depressão respiratória, rigidez tónica em grandes doses

Referências Bibliográficas:

1. Raja et al. (2016). The revised IASP definition of pain: concepts, challenges and compromises. *Pain* 157(12), 1527-1531. <https://doi.org/10.1093/pain/fwv300>
2. IASP (2017). *IASP Definition of Pain*. Available from: <http://www.iasp-pain.org/definition/Pain.aspx>
3. Magalhães, L. M. (2017). *Validação da Escala de Avaliação da Dor (EAD) em Português*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa.
4. Pórtico, J. (2018). *Manejo da Dor em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Medisave.
5. Pórtico, J. (2018). *Manejo da Dor em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Medisave.
6. Pórtico, J. (2018). *Manejo da Dor em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Medisave.

Apêndice VII – Artigo publicado na Revista LIFESAVING

MINUTO VMER

MINUTO VMER 1

ESCALA BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Solange Mega¹, Dulce Santiago², Isabel Rodrigues³.

¹Enfermeiro SIV e VMER,

²Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica/Docente Ensino Superior Politécnico de Beja,

³Médica VMER, SDEM e CODU.

A dor, 5º sinal Vital, é um fenómeno complexo que se expressa através de sinais fisiológicos e comportamentais. A ausência da avaliação sistemática da dor e o seu tratamento contribui para o aparecimento de complicações e para o agravamento do *outcome* do doente¹.

Vítimas submetidas a sedação e ventilação mecânica invasiva, são incapazes de comunicar e de auto-avaliar a dor, tornando-se um desafio a avaliação da mesma, a aplicação dos instrumentos em uso (escala numérica e qualitativa). Neste âmbito, destaca-se a importância do uso de escalas de avaliação da dor podendo ser avaliadas algumas manifestações subjetivas, como a expressão facial, o movimento da pessoa, bem como certos parâmetros fisiológicos, como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória^{2,3}.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, afirma-se que “a dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a *Behavioral Pain Scale* (BPS)”⁴. Esta escala foi submetida a avaliação das suas

propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validada semântica e culturalmente para a população portuguesa⁵.

A *Behavioral Pain Scale* (BPS) foi desenvolvida em 1997 em França, e foi uma das primeiras escalas a ser utilizada na avaliação de dor em doentes ventilados, incapazes de expressão verbal da dor. É frequentemente utilizada durante procedimentos dolorosos. Tem como base a avaliação da expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador, permitindo uma avaliação da dor em 2-5 minutos.

A BPS é uma escala confiável mas não é perfeita, pois não dá informações acerca de aspectos fundamentais como por exemplo: a qualidade, tipo ou localização da dor, o uso fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares, a condição física (fraqueza) do doente e o uso de contenção física para segurança. Todos estes aspetos influenciam a capacidade do doente exibir os movimentos dos membros.

A aplicação da escala BPS é relativamente simples. A cada item que

avaliamos é atribuída uma pontuação durante a avaliação (Figura 1). A pontuação mínima é de 3 pontos, que significa ausência de dor, e a pontuação máxima é de 12, que significa dor máxima (figura 2.). Quando na avaliação se obtém pontuação igual ou superior a 6 deverá ponderar-se analgesiar e sedar o doente.

Ainda sobre a avaliação da dor, com base nas conclusões de alguns estudos, a variação no diâmetro da pupila durante estimulação nociceptiva em doentes sedados, é indicador de uma analgesia insuficiente⁵. A variação do diâmetro pupilar igual ou superior a 5% durante um estímulo, como por exemplo a aspiração orotraqueal, é indicadora de uma analgesia insuficiente. Um doente com subanalgesia conduz a assincronia com o ventilador, ao aumento de lesões cerebrais e síndrome da insuficiência respiratória aguda, maiores períodos em ventilação mecânica, aumento do tempo de internamente, aumento da taxa de mortalidade e aumento do risco de dor crónica⁶.

Índice

77



BPS	Descrição	Pontos
Expressão Facial	• Relaxada • Parcialmente contraída (por ex.: abaixamento palpebral) • Completamente contraída (olhos fechados) • Contorção facial	• 1 • 2 • 3 • 4
Movimento dos Membros Superiores	• Sem movimento • Movimentação parcial • Movimentação completa com flexão dos dedos • Permanentemente contraídos	• 1 • 2 • 3 • 4
Adaptação ao ventilador	• Tolerante • Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo • Luta contra o ventilador • Ventilação não controlada	• 1 • 2 • 3 • 4

Figura 1: Escala Behavioral Pain Scale - Tradução e adaptação da versão portuguesa

Pontuação	Interpretação
3	Sem dor
4-5	Dor moderada
6-7	Dor em quantidade inaceitável
12	Dor máxima

Figura 2: Interpretação da Pontuação da BPS

Para avaliar o nível de conhecimento acerca da BPS, foi aplicado um questionário à equipa multidisciplinar das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação de [REDACTED] no âmbito do Projeto de Intervenção Profissional “Gestão da Dor no doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar”.

Foram aplicados 73 questionários que representa a totalidade de ambas as equipas da VMER de [REDACTED] Desde modo e após

levantamento de dados do respetivo questionário, apresento alguns resultados:

- 53,4% dos questionários correspondem à categoria de Médicos e 46,6% à categoria de Enfermeiros;
- 57,5% da equipa são especialistas. Sendo que na categoria Médica as áreas que prevalecem são: Medicina interna com 23% seguido de Anestesiologia com 12,2%. Na equipa Enfermagem 14,7% são especialistas em Médico-cirúrgica com vertente

na pessoa em situação Crítica e 6,3% na Saúde Infantil e Pediatria.

Os seguintes gráficos mostram a experiência em cuidados à pessoa em situação crítica e a experiência da equipa Multidisciplinar no meio de Emergência, VMER:

Na leitura geral dos gráficos conclui-se que existe uma relação entre ambos, com maior prevalência entre os 0-5 anos no contato com Doente Crítico.

Após caracterização sociodemográfica e caracterização académica e profissional da Equipa, o questionário foi composto por uma III Parte que afere o conhecimento acerca da escala BPS e pertinência da sua implementação.

Em síntese, para as perguntas expostas, as respostas apresentadas foram unânimes, considerando-se a temática apresentada pertinente no que concerne a gestão da dor no doente submetido Ventilação mecânica invasiva e também relativo à implementação da escala em contexto VMER.

A aferição do conhecimento acerca da Escala BPS – Behavioral Pain Scale e o seu uso em contexto de VMER, está exposto nos seguintes gráficos:

Gráfico 3: Conhecimento acerca da Escala BPS – Behavioral Pain Scale

Gráfico 4: Uso da escala BPS em contexto de VMER

Cerca de 90% da equipa considera a escala BPS uma ferramenta fidedigna para avaliação do doente submetido a VMI, e que a sua utilização em contexto VMER, trás benefícios reais para o doente Critico. A totalidade da equipa considera a utilização da escala, ferramenta como bom indicador de qualidade dos cuidados à pessoa em situação Critica e 96,1% considera que a sua utilização permite uma linguagem universal na gestão da dor, entre profissionais, beneficiando na transmissão de Cuidados e informação da vítima.

BIBLIOGRAFIA

1. Circular Normativa Nº: 09/DGCG A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção Geral de Saúde, 2003 Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9-dgpg-de-14062003.aspx>
2. PAYEN, Jean-François et al Assessing pain in critically ill sedated patients by using a Behavioral pain scale. Critical Care Medicine, 2001. Vol. 29, n.º12. Disponível em: <http://www.conensus-conference.org/data/upload/consensus/1/pdf/787.pdf>
3. Batalha, Luís Manuel Cunha; Figueiredo et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPS-IP/PT). Referência 2013; III(9). Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2013/39-007.php>.
4. SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor.[s.d], [s.l.]Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colecoes/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf
5. Paulus, J., Roquilly, A., Beloeil, H. et al Pupillary reflex measurement predicts insufficient analgesia before endotracheal suctioning in critically ill patients. Crit Care 17, R161 (2013). DOI: <https://doi.org/10.1186/cc12840>.
6. Teixeira, C. Durão. Monitorização da dor na pessoa em situação crítica. Referência (2016). DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV160>.

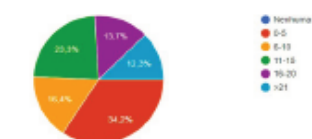


Gráfico 1: Experiência em cuidados à pessoa em situação crítica (anos)

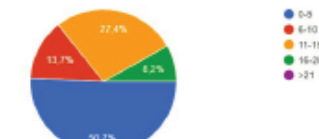


Gráfico 2: Experiência VMER (anos)



Gráfico 3: Conhecimento acerca da Escala BPS – Behavioral Pain Scale

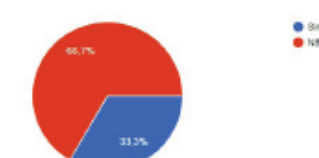


Gráfico 4: Uso da escala BPS em contexto de VMER

EDITOR (ES)
Isabel Rodrigues

Apêndice VIII – Revisão Sistemática da Literatura

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

MANEJO DE DOLOR EN PERSONAS EN SITUACIONES CRÍTICAS EN CONTEXTO PRE-HOSPITALARIO REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

PAIN MANAGEMENT IN CRITICAL PATIENT OF THE PREHOSPITAL CONTEXT SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

Solange Vieira Mega¹

Dulce Santiago²

1- Enfermeira no serviço de Urgência Básica de Loulé, ambulância Suporte Imediato de Vida de Loulé e Viatura Médica Emergência e Reanimação de Faro do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve Unidade de Faro e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre. Autora responsável, correio electrónico: solangemega@hotmail.com

2- Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

RESUMO

Contexto: Estudos revelam a má gestão por parte dos profissionais na precisão de diagnóstico da dor e ferramentas de avaliação no ambiente pré-hospitalar em situação de emergência, particularmente na ausência de um protocolo de ferramenta para avaliação. **Objetivo:** Sintetizar evidências científicas primárias sobre a importância da padronização da gestão da dor em situação de emergência e ambiente Pré-Hospitalar através de uma revisão sistemática da literatura. **Métodos:** Efetuou-se uma pesquisa retrospectiva entre 15 de Dezembro 2019 a 09 de Janeiro de 2020 mediante a formulação da questão de investigação, segundo o anagrama PICO. Estudo de revisão sistemática da literatura segundo o modelo da Joanna Briggs Institute. Foram utilizadas as bases de dados EBSCO host, com todas as bases de dados associadas com as palavras-chave Pain, emergencies, assessment e management. Foram incluídos artigos em inglês e francês publicados entre 2014 e 2019, com texto e referências bibliográficas disponíveis na íntegra, e com relevância para a temática em investigação. De um total de 21 artigos encontrados, foram incluídos apenas 5, devido a escassez da temática nos estudos na literatura. **Resultados:** A análise dos resultados indica que a dor aguda, na pessoa em situação crítica afere um dos sintomas mais sentido em ambiente de emergência. A avaliação da dor aguda em ambiente pré-hospitalar (PH) está descrita nos estudos como sendo mal avaliada e monitorizada. Existe uma avaliação inadequada ao tratamento da dor e uma necessidade de protocolar de forma, a proporcionar aos profissionais perfectibilizar cuidados à vítima. **Conclusões:** Evidenciou-se que, a dor não pode ser tratada adequadamente se não for adequadamente avaliada, uma cuidadosa e necessária avaliação com base em escalas de ferramentas validadas para avaliar a dor no ambiente pré-hospitalar e serviço de emergência. Referem ainda a importância da padronização da gestão da dor. **Palavras-chave:** Dor, Gestão, Pré-Hospitalar, Padronização, Doente Crítico.

ABSTRACT

Context: Studies reveal mismanagement by professionals in the diagnostic accuracy of pain assessment tools and in the pre-hospital environment in an emergency situation, particularly in the absence of a tool protocol for evaluation.

Objective: To summarize primary scientific evidence on the importance of the standardization of pain management in emergency and pre-hospital environment through a systematic review of the literature.

Methods: We conducted a retrospective survey of December 15, 2019 to January 9, 2020 by formulating the research question, according to the anagram PICO. A systematic review of literature on the model of the Joanna Briggs Institute. The hot EBSCO databases were used with all the databases associated with the keywords Pain, emergencies, assessment and management. They included articles published in English and French between 2014 and 2019, with text and references available in full, and relevant to the subject under investigation. From a total of 21 items found were included 5 due to shortage of the subject in the published literature.

Results: The results indicate that acute pain, the person assesses critical situation of the more sense symptoms in emergency environment. The assessment of acute pain in a pre-hospital setting (PH) is described as being poorly studies evaluated and monitored. There is an inadequate assessment the treatment of pain and a need to file in order to provide professional perfectibilizar care to the victim.

Conclusions: It is evident that, pain can not be treated adequately if not properly evaluated, and required a careful assessment based on validated tool to assess pain scales in the pre-hospital and emergency service environment. Further the importance of the standardization of pain management.

Key-words: Pain Management, Pre-Hospital, Standardization, Critical patient.

RESUMEN

Contexto: Los estudios revelan un manejo inadecuado de los profesionales en el diagnóstico de la enfermedad de las herramientas de evaluación del dolor y en el entorno pre-hospitalario en una situación de emergencia, en particular en ausencia de un protocolo de herramienta para la evaluación.

Objetivo: Para

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

resumir la evidencia científica primaria en la importancia de la estandarización del manejo del dolor en caso de emergencia y el entorno pre-hospitalario a través de una revisión sistemática de la literatura. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de 15 dic 2019 a 9 en 2020 mediante la formulación de la pregunta de investigación, de acuerdo con el anagrama PICO. Una revisión sistemática de la literatura sobre el modelo del Instituto Joanna Briggs. Las bases de datos EBSCO calientes se utilizaron con todas las bases de datos asociadas a las palabras clave para el dolor, emergencias, evaluación y gestión. Se incluyeron artículos publicados en Inglés y francés entre 2014 y 2019, con el texto y las referencias disponibles en su totalidad, y relevante para el tema que se investiga. De un total de 21 elementos encontrados se incluyeron 5 debido a la escasez de la materia en la literatura publicada. **Resultados:** Los resultados indican que el dolor agudo, la persona que evalúa la situación crítica de los síntomas más sentido en el entorno de emergencia. La evaluación del dolor agudo en un entorno pre-hospitalaria (PH) se describe como estudios mal evaluados y supervisados. Hay una evaluación inadecuada del tratamiento del dolor y la necesidad de archivo con el fin de proporcionar una atención profesional perfectibilizar a la víctima. **Conclusiones:** Es evidente que, el dolor no puede ser tratado de manera adecuada si no se evalúa correctamente, y requiere una cuidadosa evaluación sobre la base de herramienta validada para evaluar las escalas de dolor en el entorno pre-hospitalario y servicio de emergencia. Además la importancia de la estandarización del manejo del dolor. **Palabras clave:** manejo del dolor, pre-hospitalaria, la normalización, crítico enfermo.

INTRODUÇÃO

A Pessoa em Situação Crítica ou doente crítico é a pessoa cuja a situação clínica se revela com disfunção/falência de um ou mais órgãos e sistemas e que para sobreviver necessita de meios avançados de monitorização e terapêutica^{1,2,3}.

Diversos autores referem que o doente crítico é aquele que está em situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente e revela assim um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos⁴. Por sua vez, a dor pode ser considerada "(...) uma experiência individual subjectiva e multidimensional"⁴. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade"⁵.

A dor em doentes críticos é semelhante⁶ e a sua gestão representa um desafio universal⁷. Os profissionais de saúde frequentemente menosprezam a dor do doente crítico⁸ embora estejam conscientes da vulnerabilidade destes doentes perante os procedimentos dolorosos a que são submetidos continuamente.

A dor do doente crítico não é achada uma prioridade quando confrontada com outros sinais vitais, no entanto desde a recomendação da Direção Geral de Saúde emitida numa circular normativa nº9/DGCG de 14/06/2003, que indica que a dor é o 5º sinal vital, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde⁹. Atende que a dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Afirma ainda que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde^{9,5}. Havendo consciência que, "todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes"⁹.

Em simultâneo defende-se que essa avaliação deve ser completa, incluindo uma caracterização rigorosa que inclua a localização, intensidade, tipo de dor, início, duração e a variação ao longo do dia, fatores de alívio ou agravamento e

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

sintomas associados. A este conjunto de informações podemos chamar “história da dor”¹⁰.

O doente Crítico é submetido a diversos procedimentos invasivos, que na sua maioria das vezes são dolorosos¹¹.

Plano Nacional de Luta contra a Dor preconiza que, sempre que se associe uma intervenção médica que possa de alguma forma provocar dor ou sofrimento é intolerável que não se proporcione à pessoa quaisquer meios de alívio da dor e sofrimentos¹². Para humanizar os cuidados ao doente, uma das áreas prioritárias de intervenção é a escolha do bem-estar das pessoas, onde está incluída a gestão da dor^{11,13}.

A avaliação e monitorização da dor é um fator fundamental para a gestão da mesma, assim sendo, toma-se fundamental a sua correta avaliação, de forma a melhorar os cuidados ao doente¹⁴.

A existência de várias referências à gestão da dor, salienta a importância do registo da mesma, no mínimo uma vez por turno, inclusive quando não existe referência ao diagnóstico de dor e sempre que se analisem sinais sugestivos de dor intensa, tais como alterações comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais¹⁰.

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), define que a dor deve ser avaliada e monitorizada uma vez turno, no início do mesmo e/ou antecedendo um procedimento doloroso, neste caso a gestão da dor deve ser efetuada durante o procedimento doloroso, 15 minutos após o mesmo e reavaliada 30 minutos após intervenção farmacológica ou não-farmacológica¹⁵. Defende ainda que após a avaliação da dor deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais e privilegiar a auto-avaliação no doente consciente e com funções cognitivas mantidas¹⁶.

Para esta finalidade, existem diversas escalas que permitem avaliar a dor de forma a controlar. Sendo a auto-avaliação a recomendada, a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica da Dor (NRS) são as escalas mais válidas e fiáveis em doentes conscientes e colaboradores⁹. A seleção correta da escala deve ser feita de acordo com a situação clínica da pessoa.

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

Nos doentes impossibilitados de auto-avaliar a dor, a mesma é avaliada de forma subjectiva, através de escalas de avaliação onde são considerados critérios subjectivos como sendo a expressão facial e o movimento da pessoa no leito, bem como certos parâmetros fisiológicos tais como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória e a sudorese.

A dor em doentes em que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjectivo da observação de comportamentos¹⁵, e através de escalas próprias - Behavioral Pain Scale (BPS), Adult Nonverbal Pain Scale, Nonverbal Pain Assessment Tool e Critical-Care Pain Observation Tool - que promovem uma abordagem sistematizada, melhorando a gestão da dor em contexto de Unidade Cuidados Intensivos¹⁶.

Na pessoa em situação Crítica sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), sedada ou com alterações neurológicas e por isso impossibilitada de autoavaliar a dor, desde que a sua função motora permaneça intacta, as alterações comportamentais provenientes da presença de dor são observáveis, estando nestes casos aconselhado o uso da escala BPS¹⁷. Esta escala foi desenvolvida por Payen¹⁸ e desde então é internacionalmente usada em doentes submetidos a VMI, inaptos de auto-avaliar a dor, sendo a sugerida pela SPCI após estudo nas UCI's portuguesas¹⁵. Esta escala foi sujeita a avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validade semântica e culturalmente para a população portuguesa¹⁹.

Na escala BPS são avaliados 3 itens - a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador. Esta escala não proporciona informação sobre a qualidade, tipo ou localização da dor¹⁹. A pontuação mínima é de 3, sendo neste caso considerado que o doente não apresenta dor e a pontuação máxima é de 12, que equivale a um nível de dor máximo. Valores superiores a 4 expressam a presença de dor²⁰.

De salientar que a escala BPS proporciona a avaliação da dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, em que permite à equipa reconhecer a presença ou ausência de dor, proporcionando a diminuição do nível de sedação e analgesia¹⁶, podendo possibilitar extubação precoce e a sua eventual transferência da UCI para outros serviços com níveis de cuidados

inferiores. Importa referir que quanto mais prolongado a entubação/ventilação maior será a probabilidade de pneumonias associadas à ventilação, maior o risco de barotrauma e maiores os custos em saúde²¹.

A gestão da Dor torna-se numa medida crucial, quer melhorando os outcomes no Doente Crítico, quer com evidentes ganhos económicos a nível organizacional.

Para além da beneficiação nos outcomes do doente, a gestão da dor é um dos elementos-chave na promoção do conforto e uma medida essencial na prevenção de complicações a curto e a longo prazo. Ao intercedermos na sua gestão podemos reduzir o stress pós-traumático que advém dos internamentos, e também prevenir a dor crónica, já que a persistência da dor aguda, pode transformar-se em dor crónica¹¹.

A temática em estudo, advém de uma necessidade profissional proveniente da prática diária de cuidados a doentes submetidos a VMI, em que a gestão eficaz da dor é fundamental e carece de uma avaliação segura e exata, o que depende do uso de escalas¹⁹, quer num doente em Unidade de Cuidados Intensivos, como em situação de emergência extra-hospitalar.

Remetendo a gestão da dor no doente Sedado sob ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar, existe uma escassez na área de investigação. Além dos problemas observados na analgesia de emergência pré-hospitalar, existem necessidades que não são valorizadas, como a dor aguda. Um número considerável de estudos mostrou que a dor é avaliada apenas em alguns dos doentes.

A dor associada ao contexto pré-hospitalar é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como um fator sensorial e emocional desagradável. Experiência associada a dano real ou potencial do tecido, ou descrita em termos desse dano²². A dor aguda é frequentemente mal avaliada e tratada inadequadamente em ambiente pré-hospitalar^{23,24,25,26}.

As linhas orientadoras Europeias para o manuseamento da dor aguda em situações de emergência, publicadas em 2019, salientam que não há

directrizes Europeias para o tratamento da dor aguda em situações de emergência. As evidências sugerem que a implementação de directrizes para a gestão da dor aguda em situações de emergência com o objectivo de promover um controlo da dor, através da administração de analgesia e maior satisfação do doente ^{27,28}. O manuseamento inadequado da dor em ambiente pré-hospitalar está associado a vários fatores, incluindo a falta de conhecimento e confiança dos profissionais, subestimar a dor, administração deficitária de opióides, suspeita de comportamento potencial de procura de drogas em doentes e medo de efeitos colaterais ou lesões serem mascaradas ^{28,29,30}.

A conquista de mudanças na prática pode exigir o uso estratégias multifacetadas que incorporam uma variedade de métodos diferentes³¹. Intervenções, para melhorar a gestão da dor dentro no doente emergente pode necessitar ser adaptado a um departamento individual, a fim de enfrentar completamente os desafios e ser desenvolvido após uma análise das necessidades e barreiras ao tratamento da dor existentes. Atualmente, o conhecimento da equipa pré-hospitalar e do serviço de Urgência/UCI no tratamento da dor aguda é limitada^{28,31} e muitos serviços não têm orientações de gestão ou protocolos para a gestão da dor quer no doente colaborante, quer no doente sedado sob VMI..

Atualmente, não existe um padrão único de tratamento para a gestão da dor em situações de emergência, com base no doente, na gravidade da dor ou lesão. É importante a alteração de práticas, atitudes e comportamentos por parte das equipas multidisciplinares, de forma a melhorar as intervenções associadas à gestão da Dor. Devemos ainda ter consciência que a presença de dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar, implicando partilha de responsabilidades entre os vários profissionais de saúde. A multidisciplinaridade é uma condição essencial na promoção do conforto da pessoa³². É fundamental a implementação de "estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes que são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional" ³. Todos os profissionais envolvidos no cuidar da PSC com dor devem ter preocupação na avaliação da dor, na identificação de áreas de

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

melhoria, na definição de planos de melhoria, tais como a implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação e a formação dos profissionais de forma a melhorar a prática baseando-se na evidência disponível³³.

METODOLOGIA

Adotou-se por realizar uma Revisão Sistemática da literatura, de forma a obter respostas à questão de investigação, tendo por base estudos relevantes relacionadas com o tema a investigar. É de evidenciar que, os estudos, de revisão sistemática mostram uma importância para a investigação, pois visam aperfeiçoar a qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da prática clínica baseada na evidência³⁴.

A Revisão sistemática decorreu entre 15 de Dezembro 2019 a 09 de Janeiro de 2020, e iniciou-se pela pesquisa de leitura de documentos existentes acerca da temática, com escassez associados ao tema principal e formulação da questão de investigação, segundo o anagrama PICO (tabela 1):

- Qual a importância da padronização da gestão da dor, em situação de emergência no Pré-Hospitalar?

Tabela 1: Critérios utilizados para a formulação da questão em Investigação

P	População	Quem foi estudado?	Doentes com dor em situação de emergência
I	Intervenção	O que foi feito?	Avaliação da Dor
C	Contexto	Local?	Emergência
O	Out-Comes	Resultados/Consequências?	Informação Precisa e adequada
D	Desenho de Estudo	Como foi recolhida a evidência	Pesquisa em Base de Dados

Para proceder a esta pesquisa recorri ao motor de busca EBSCO hot, com todas as bases de dados associadas, nomeadamente: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

Na pesquisa executada, seguiu-se os passos que estão demonstrados no Fluxograma 1, após diversas pesquisas, utilizando diversos termos de pesquisa de forma a ir de encontro à pergunta de investigação, obtive um total de 21 artigos. Após a leitura do resumo dos 21 artigos, e com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (ver tabela 2), foram excluídos 16 artigos, por não cumprirem os critérios definidos. Houve a necessidade de incluir estudos com referência aos departamentos de emergência, devido a escassez de artigos relacionados apenas com o contexto Pré-Hospitalar, e nos artigos encontrados estar referenciado estudos comparativos com os dois os contextos.

Fluxograma 1 – Organigrama de Pesquisa com idioma em Português, Inglês e Francês



GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

Tabela 2 — Critérios de Inclusão /Exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Doente em situação de Emergência	
Intervenções	Avaliação e Monitorização da Dor	
Contexto dos Estudos	Estudos em contexto de Emergência, Pré-Hospitalar e departamento de Emergência	Estudos com doentes em idade pediátrica, em Unidades de cuidados Intensivos, Estudos do foro Cardíaco e estudos comparativos de Opióides...
Desenho	Estudos de abordagem quantitativa	
Tipo de Estudo	Fontes primárias e secundárias	
Informação Apresentada	Texto completo; Língua usada: Português, Francês e Inglês	Outro idioma estrangeiro
Ano de Publicação	2014.01.01 - 2019.12.31	

Nesta revisão dois revisores avaliaram a qualidade metodológica de cada estudo utilizando os seguintes instrumentos: "Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research" e " JBI Data Extraction Form for Quasi-Experimental Studies. A origem de dados deve seguir um processo sistematizado, bem definido, para garantir o rigor científico. De salientar que a colheita de dados é uma ponte entre a narração dos autores dos estudos primários e a narrativa final dos autores da revisão. Para o presente estudo foi desenvolvida duas tabelas, na tabela 3, apresenta os estudos incluídos na revisão, com aplicabilidade do instrumento de JBI para a

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

sínteses descritiva das evidências científicas, qualidade metodológica e a força dos estudos.

Na tabela 4, síntese de resultados, através da extração e documentação de dados, que inclui para cada estudo as seguintes informações: Título/Autores, objectivos do estudo, tipo de estudo, orientações metodológicas, principais resultados e conclusões dos autores. Esta recomendação de sistematização do processo, recomendada pelo JBI (2017), tem como finalidade de proceder ao resumo narrativo da revisão

Tabela 3 Nível de Evidência e Qualidade dos Estudos

Título do Artigo	Nível de Evidência de acordo com Joanna Briggs			Qualidade de acordo com JBI Grades of Recommendation
Acute pain in the prehospital setting: a register-based study of 41.241 patients	Level 3.e	–	Observational study without a control group	GRADE A
Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department	Level 3.e	–	Observational study without a control group	GRADE A
Demographic, Clinical, and Health System Characteristics Associated With Pain Assessment Documentation and Pain Severity in U.S. Military Patients in Combat Zone Emergency Departments, 2010–2013	Level 4.b	–	Cross-sectional study	GRADE A
Evaluation Des Connaissances et Pratiques du Personnel des Urgences Traumatologiques de Quagadougou sur la Prise en Charge de la Douleur	Level 3.e	–	Observational study without a control group	GRADE A
Quality Indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: A systematic review	Level 3.b	–	Systematic review of comparable cohort and other lower study designs	GRADE A

Tabela 4 – Síntese dos resultados

TÍTULO/AUTORES	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
<u>Acute pain in the prehospital setting: a register-based study of 41,241 patients</u> Kristian D. Friesgaard, Ingunn S. Riddervold, Hans Kintegaard, Erika F. Christensen and Lone Nikolajsen	Avaliar a frequência de dor moderada a grave em contexto pré-hospitalar e as causas subjacentes, de acordo com os códigos de diagnóstico do hospital primário.	Primário – Observacional (Quantitativo)	Estudo observacional baseado em registos de 41.241 doentes transportados de ambulância para o hospital no Centro Dinamarquês durante um período de 9 meses, realizado entre 1 de Agosto de 2015 a 30 de Abril de 2016. Estudo baseado no registo nacional da dor moderada a intensa (Número Rating Scale (NRS, 0-10) > 3 ou dor moderada ou superior na escala libert de 4 pontos) foi extraído de um protótipo nacional pré-hospitalar eletrónico do doente.	11.430 dos doentes (27,7%) desenvolveram dor moderada a intensa durante o transporte de ambulância. Cerca de 3.275 de 41.241 doentes referiram dor aguda (7,9%). Foram tratados com morfina por via intravenosa. As causas da dor eram heterogêneas, sendo as lesões o maior grupo de doentes com dor moderada a intensa (42,8% dos 8.041 doentes), seguida de diagnóstico inespecífico (28,5% de 7.101 doentes a 31,6% de 5.148 doentes), doenças do aparelho circulatório (22,1% de 4.812) e outros (20,3% dos 15.139 doentes diversos).	A dor moderada a intensa é um sintoma altamente frequente e subestimado em doentes transportados por ambulância. As causas subjacentes da dor são heterogêneas, conforme descrito pelos códigos de diagnóstico do hospital primário. É necessário um maior foco no tratamento da dor aguda, bem como uma gestão adequada da dor deve ser um objetivo por parte dos profissionais de saúde.
<u>Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department</u> Jostein Dale and Lars Petter Bjørnsen	Estimar dados sobre a avaliação e gestão da dor no departamento de Emergência Norueguesa, protocolos locais.	Primário – Prospectivo, ensaio clínico (Qualitativo)	Estudo prospectivo durante 20 dias realizado em Novembro de 2012 no Hospital St. Olav em Trondheim, Noruega, 764 utentes onde os dados dos doentes no departamento de emergência foram recolhidos diariamente durante o período de maior afluxo de doentes (meio-dia-22h).	Setenta e sete por cento dos 764 doentes inscritos foram avaliados quanto à dor à entrada. Utentes do sexo feminino não houve diferença no percentual de doentes, sobre a dor em relação à idade. Além disso, doentes com baixa	A dor é um dos motivos mais recorrentes no atendimento médico em emergência; assim, é importante para a saúde, os profissionais de saúde se concentrem em avaliar e monitorizar a dor. Apesar das diretrizes e da educação em serviço protocolos

15

			As percepções dos doentes sobre a dor subjetiva foram registadas usando a escala de classificação numérica (NRS) que variou de 0 a 10.	aturação de oxigénio e pressão arterial sistólica apresentaram menos variações prováveis de ser questionados sobre a dor. Os que apresentaram dor moderada a intensa (58%), apenas 14% receberam alívio da dor.	internacionais, avaliação e tratamento da dor no departamento de emergência são inadequados. Este estudo prospectivo revela que o maneuseamento da dor não está de acordo com procedimentos internos. A gestão da dor é aceita como um indicador de qualidade de atendimento e foco adicional em estratégias para melhorar o maneuseamento da dor na emergência. Sendo necessário garantir que todos os doentes recebem a melhor avaliação e tratamento da dor.
<u>Demographic, Clinical, and Health System Characteristics Associated With Pain Assessment Documentation and Pain Severity in U.S. Military Patients in Combat Zone Emergency Departments, 2010-2013</u>	Avaliação da dor e descrever a sua gravidade. Como objetivo secundário foi construir modelos estatísticos de forma a explicar a variação na documentação da avaliação da dor e gravidade.	Primário – Estudo observacional analítico, transversal (Qualitativo)	Estudo retrospectivo, transversal, avaliou 5.518 vítimas de trauma na zona de combate militar dos EUA, militares feridos no Iraque ou Afeganistão entre 1 de Janeiro de 2010 a 31 de Agosto 2013 exigindo 2-24 horas de internamento. Avaliação da dor, incluindo escores de gravidade da dor, por registos de Enfermeiros experientes na zona de combate e instalações médicas subsequentes.	Os escores de dor foram documentados em 60,5% (n = 3.330) dos 5.518 registos avaliados. A proporção de registos com escores de dor no DE aumentavam anualmente. Avaliação da dor e a documentação foi associada aos registos de Sinais vitais, facilidade abrangente, ano mais recente, frequência cardíaca pré-hospitalar (PM) de 60 a 100 batimentos / min, ED Escala de coma de Glasgow de 15 vs. 14, trauma contuso e	No geral, a frequência dos registos de avaliação da dor em contexto de emergência na zona de combate progrediram anualmente, mas permaneceram abaixo do ideal. A severidade da dor foi mal avaliada, por dados demográficos, variáveis clínicas e do sistema de saúde disponíveis no registo de trauma, enfatizando assim a importância da avaliação e monitorização da dor, bem como a necessidade de protocolar a gestão da dor.

16

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

Virginia Schmied Blackman, PhD, RN, CNS, Bruce A. Cooper, PhD, Kathleen Funtillo, PhD, RN, FAAN, FCCM, Linda S. Franck, PhD, RN, FRCPC, FAAN				menor escore de gravidade da lesão.	
Evaluation Des Connaissances et Pratiques du Personnel des Urgences Traumatologiques de Ouagadougou sur la Prise en Charge de la Douleur, R.A.F. KABORE, K.B.K, A. I. TRAORE, CTW BOUGOUMA, J. DAMBA, PZ BONKOUNGOU, J.SANDOU, N.OUEDRAOGO	O objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento e as práticas dos profissionais de emergência de trauma Hospital Universitário Yalgado Ouédraogo, em Ouagadougou, sobre a gestão da dor.	Primário – observacional analítico Transversal (Quantitativo)	Foram aplicados dois questionários diferentes, anônimos, foi realizado com a equipe médica e paramédica no departamento de emergência do trauma do Centro Hospitalar da Universidade de Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) de Ouagadougou, entre 22 fevereiro a 22 de Março de 2012. Resulto: no total, 67 trabalhadores da saúde participaram do estudo.	A comparação no estudo foram de 98% e 100% respectivamente para a equipe médica e paramédica. Neste estudo, 68,7% dos funcionários médicos tinham experiência profissional à menos de um ano de idade, 65,3% e 77,7% respectivamente Paramédico tem experiência sobre a dor e o seu manuseamento. Essas mesmas observações foram feitas por outros autores que encontraram 60% e 64,4% dos profissionais não treinados em dor e na sua gestão. O estabelecimento de uma política de controle da dor para implementação de um processo qualidade nos serviços de	A dor é insuficientemente controlada no departamento de emergência do trauma no Centro Hospitalar Universitário de Yalgado. A falta de conhecimento e práticas das equipes de saúde no controle da dor são insuficientes. A melhoria da gestão da dor de emergência requer treinamento e protocolos padronizados. A ausência de um protocolo padronizado suporte é atribuível no presente estudo à falta de uma política e um compromisso real dos diferentes atores (provedores e gerentes administrativos de hospitais) para otimizar a resolução da dor nos hospitais e também na dificuldade em desenvolver e popularizar estes protocolos.

17

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

Quality Indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: A systematic review Antonia S Shang MDCM MBA MSc1,2,3, Lisa Harding PhD, Cassandra Fera BHS, David Johnson MD1, Samira Ali MDCM	Revisar sistematicamente a literatura e identificar a qualidade de indicadores específicos para a avaliação e tratamento da dor	Secundário – Revisão Sistemática com meta-análise	Foram pesquisadas quatro grandes bases de dados bibliográficas de Janeiro de 1980 a Dezembro de 2010, e revistas e conferências relevantes, procedimentos foram pesquisados manualmente. Pesquisa original que descreveu o desenvolvimento ou contribuição de dados sobre um ou mais indicadores de qualidade foi incluído na avaliação ou tratamento da dor.	emergência. A pesquisa identificou 18.078 citações. Vinte e três artigos foram incluídos: 15 estudos observacionais (coorte); três estudos antes e depois; três estudos de desenvolvimento de indicadores de qualidade; e uma pesquisa. A qualidade metodológica foi moderada, com fragilidades no relato de desenho e metodologia do estudo. Foram identificados vinte indicadores únicos, com a maioria (16 de 20) medindo os processos de atendimento. No geral, 91% (21 de 23) dos estudos relataram indicadores para a avaliação ou gestão de apresentar dor, em oposição à dor procedural. Três dos estudos citados incluídos; entretanto, nenhum dos indicadores foi desenvolvido especificamente para uma população pediátrica	A presente revisão fornece um resumo dos indicadores de qualidade existentes para avaliação e tratamento da dor no ambiente de emergência. Em perspectiva, os resultados destacam a importância da avaliação da dor. As lacunas na literatura existente incluem a falta de medidas refletindo a dor no procedimento. Os esforços futuros devem se concentrar no desenvolvimento de indicadores específicos para estas áreas-chave. Por fim, a presente revisão destaca a necessidade de mais trabalho vinculando medidas do processo aos resultados do utente. Esses resultados podem servir de base para trabalhos futuros destinados a gerar uma lista completa de indicadores de qualidade que compreendendo avaliar e controlar a dor.
--	---	---	---	---	--

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Da análise dos resultados obtidos dos estudos encontrados, é possível aferir que a dor aguda é um dos sintomas mais sentido por parte das vítimas em situação de emergência. Existe um conjunto de fatores que podem ter um impacto sobre a forma como, a avaliação e a gestão da dor, devem ser fornecidos nos cuidados à vítima.

A avaliação da dor aguda em ambiente pré-hospitalar (PH) está descrita nos estudos como sendo mal avaliada, bem como a sua gestão^{35,36}.

O tratamento adequado da dor aguda no PH recomenda-se de forma a reduzir e garantir o bem-estar da vítima e facilitar o transporte da mesma³⁵. Apesar do reconhecimento de que a dor aguda é uma prioridade no atendimento pré-hospitalar, pouco se sabe acerca da frequência e causas em vítimas do pré-hospitalar, pela escassez de estudos direccionadas para a gestão da dor e a falta de documentos que descrevam a causa da dor.

Estudos da bibliografia referem mesmo que a integração da avaliação da dor antes e depois do tratamento é essencial para monitorizar a eficácia da dor e gestão em situação de emergência³⁷. O Comité de Qualidade de Cuidados da American Pain Society, recomendam que o tratamento de dor inclui monitorização rigorosa da dor, encorajar a comunicação entre a vítima/profissional sobre a dor^{37,38}. Associação Canadense de Médicos de Emergência, documenta o consenso a recomendação, na avaliação da dor, o uso de escalas objetivas de dor relatadas pela vítima, que verbaliza. O documento, afirma ainda que os utentes não devem aguardar o tratamento para a dor enquanto um médico está tentando concluir o diagnóstico e destaca a importância da compreensão no decorrer do tempo antes do alívio da dor, a meia-vida de analgesia e prevenção de efeitos adversos através de titulação³⁷.

A atual revisão fornece um resumo dos indicadores de qualidade existentes para avaliação e tratamento da dor no ambiente de emergência. Os resultados destacam a importância da avaliação da dor e reavaliação aplicando uma escala validade que atribui um score de dor. O possível atraso na

administração de fármacos de analgesia, bem como o receio com determinados fármacos que mal manuseados podem agravar o estado da vítima, se não houver domínio da mesma por parte dos profissionais^{36,39}.

Os estudos salientam que a gestão da dor é um aspeto fundamental³⁹ nos cuidados à vítima nos departamentos de emergência, infelizmente, o tratamento inadequado da dor é comum. Existem protocolos locais para avaliação da dor, em que alguns são inadequados e não estão de acordo com as normas. Referem a necessidade de um foco nas estratégias para melhorar o tratamento da dor no ambiente serviço de urgência e PH, sendo um aspeto necessário para a optimização da situação clínica da vítima, havendo necessidade de padronizar a gestão da dor^{39,40,41}.

Desta forma, os dados obtidos dos 4 estudos primários e na revisão sistemática analisada, tendo em consideração as limitações inerentes aos mesmos, os resultados são transversais, no que refere à importância para melhorar a avaliação da dor, à gestão e à necessidade de avaliar sistematicamente cada vítima. Para melhorar a avaliação e tratamento da dor na pessoa em situação crítica, é necessário uma estrutura local focada no conhecimento, comunicação, organização de emergência. Essa abordagem requer uma mudança na atitude dos trabalhadores da saúde e avaliação frequente da gestão da dor³⁹. É transversal que as equipas onde foram aplicados os estudos, as mesmas carecem de conhecimento acerca das escalas validadas e direccionadas para a vítima que esteja perante o profissional, de forma a avaliar continuamente a qualidade do tratamento da dor.

Em dois estudos primários realizado em contextos diferentes, um centro de emergência de Trauma e outro na zona de combate de militares dos EUA estão em consonância^{40,41}. Referem que a ausência de um protocolo padronizado de suporte é atribuível no presente estudo à falta de uma política e um compromisso real dos diferentes intervenientes para otimizar a resolução da dor nos hospitais e também na dificuldade em desenvolver os protocolos⁴². Referem ainda que no geral, a frequência dos registos da avaliação da dor

permaneceram abaixo do ideal. A severidade da dor é mal avaliada, por dados demográficos, variáveis clínicas e do sistema de saúde disponíveis no registo de trauma, enfatizando assim a importância da avaliação e monitorização da dor, bem como a necessidade de protocolar de forma a melhorar a qualidade na gestão da dor.

Complementando aos resultados obtidos à literatura existente salienta-se o uso da auditoria e de um protocolo de forma a melhorar a gestão da dor e o fornecimento de analgesia. Contudo, as melhorias nesta área só serão alcançadas, quando reconhecidas nacionalmente e dada a importância à temática em questão^{42,43}. Referem ainda, que o alívio da dor aguda deve ser uma das prioridades da gestão médica, não apenas por razões éticas, mas também devido ao efeito prejudicial da dor na fisiopatologia da vítima⁴³. A implementação de um programa que trate a qualidade da gestão da dor em contexto de Pré-Hospitalar e departamento de emergência, requer uma mudança de atitude na prática clínica, com a concordância da avaliação contínua do desempenho da equipa^{42,43}.

Em síntese, e de retomo à questão de investigação de partida: "Qual a importância da padronização da gestão da dor, em situação de emergência no Pré-hospitalar?", a evidência científica que encontramos após um processo exaustivo e sistematizado de projeção e implementação do processo de investigação, revela contributos fundamentais para a percepção da problemática existente e pertinente. De um modo geral, existe uma avaliação inadequada ao tratamento da dor e uma necessidade de protocolar de forma, a proporcionar melhores cuidados à vítima. Infelizmente a literatura referente ao ambiente pré-hospitalar é escasso, não existindo muito investimento nesta área, sendo ainda uma zona muito vazia na área da investigação.

CONCLUSÃO

Com base numa problemática atual, nomeadamente a dor, não pode ser tratada de forma eficaz, se não for adequadamente avaliada, através de escalas validadas para avaliar a dor no ambiente pré-hospitalar e departamento de emergência.

As Diretrizes para o manuseamento da dor aguda em situações de emergência²⁰, emitidas em 2019 recomendam escalas de dor, divididas em categorias, estão disponíveis ferramentas simples e rápidas para avaliar a dor no ambiente pré-hospitalar, especialmente em utentes que são capazes de comunicar verbalmente. A escala de classificação numérica (NRS) é a ferramenta de avaliação mais usada em adultos no ambiente pré-hospitalar. Referem ainda a importância de aplicação de protocolos para avaliar a dor, inclusive apresentam um estudo observacional, prospectivo na aplicação de um protocolo, que os resultados revelaram uma melhoria média no score de dor.

Em relação a escalas adaptadas a doentes sedados sob ventilação mecânica invasiva, como a escala validada em Portugal, a BPS, não existe referência da mesma em ambiente pré-hospitalar, é apenas realçada a sua eficiência e eficácia em unidades Cuidados Intensivos. De salientar que no ambiente pré-hospitalar, muitas das situações, os doentes são sedados e submetidos a procedimentos invasivos como a ventilação mecânica invasiva, expostos aos riscos inerente à técnica com o agravamento que se encontram num meio que não é controlado com diversos fatores externos, ficando uma zona vazia acerca desta temática importante na gestão da dor deste tipo de doente, que não consegue verbalizar de forma a quantificar a sua dor. Em resumo, a gravidade da dor tende a ser subestimada por profissionais de saúde⁴³.

A bibliografia acerca de estudos que comparam a eficácia do diagnóstico da dor que levam a uma correta gestão da mesma em ambiente pré-hospitalar, é escassa e insuficiente no que toca a protocolos com ferramentas de avaliação

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITAL

De particular interesse é a evidência do uso dessas escalas de avaliação da dor, sendo necessário investir nesta temática. Sugiro, que seria útil protocolar a avaliação da dor e reavaliação como parte do padrão dos cuidados. A avaliação da dor, considerada como um sinal vital, deve receber a atenção que merece em contexto Pré-Hospitalar e Urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *AM J Health-Syst Pharm*, 70, 53–58;
2. Park, J., & Kim, J. (2014). Assessment and treatment of pain in adult intensive care unit patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 29(3), 147–159;
3. Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008);
4. Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care - a thinking-in-action-approach (2ª ed.). Nova York: Springer Publishing Company;
5. Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor guia orientador de boa prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
6. Aïssaoui Y, Zeggwagh AA, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. – Validation of a Behavioural Pain Scale in Critically ill, sedated and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg*.2005;101:1470—8;
7. Ahlers SJ, van der Veen AM, van Dijk M, Tibboel D, Knibbe CA. – The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesth Analg*. 2010;110:127—33;
8. Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, et al. – Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Crit Care Med*. 2002;30:119—41;
9. Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa No 09/DGCGA-Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
10. Batalha, L. (2016). Avaliação da Dor. Manual de Estudo (Vol. 1). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
11. Ministry of Health - Region of Madrid (2017). Humanisation in intensive care units. Madrid: Ministry of Helth - Region of Madrid;
12. Direção-Geral da Saúde. (2001a). Plano Nacional de Luta contra a dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;

13. Direção-Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa No:11/DSCS/DPCD-Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
14. 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), 126–35;
15. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos;
16. Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing Critical Care*, 13(6), 288–298;
17. Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20;
18. Payen, J., Bru, O., Bosson, J., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263;
19. Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua auto-avaliação: uma intervenção especializada de enfermagem propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated patient (BPS-IP / PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (9), 7–16;
20. Young, J., Siffleet, J., & Nikoletti, S. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated , unconscious and / or sedated patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22, 32–39;
21. Olsen, B., Rustaen, T., Sandvik, L., Jacobsen, M., & Valeberg, B. (2016). Results of implementing a pain management algorithm in intensive care unit patients: the impact on pain assessment, length of stay, and duration of ventilation. *Journal of Critical Care*, 36, 207–211;
22. International Association for the Study of Pain. Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. Available at www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/

- ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf (Acesso novembro 2019);
23. Galinski M, Ruscew M, Gonzalez G, et al. Prevalence and management of acute pain in prehospital emergency medicine. *Prehosp Emerg Care* 2010;14:334-9;
24. Marinangeli F, Narducci C, Ursini ML, et al. Acute pain and availability of analgesia in the prehospital emergency setting in Italy: a problem to be solved. *Pain Pract* 2009;9:282-8;
25. Bakkelund KE, Sundland E, Moen S, Vangberg G, Mellesmo S, Klestad P. Undertreatment of pain in the prehospital setting: a comparison between trauma patients and patients with chest pain. *Eur J Emerg Med* 2013;20:428-30;
26. Parker M, Rodgers A. Management of pain in pre-hospital settings. *Emerg Nurse* 2015;23:16-21;
27. Decosterd I, Hugli O, Tamches E, et al. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of na education program on acute pain. *Ann Emerg Med* 2007;50: 462-71;
28. European Pain Initiative. (2019). Guidelines for the management of acute pain in emergency situations 2019. October. file:///U:/Doctorate/European Pain Initiative (2019) Guidelines for the management of acute pain in emergency situations 2019.pdf;
29. Walsh B, Cone DC, Meyer EM, Larkin GL. Paramedic attitudes regarding prehospital analgesia. *Prehosp Emerg Care* 2013;17:78-87;
30. Albrecht E, Taffe P, Yersin B, Schoettker P, Decosterd I, Hugli O. Undertreatment of acute pain (oligoanalgesia) and medical practice variation in prehospital analgesia of adult trauma patients: a 10 yr retrospective study. *Br J Anaesth* 2013;110: 96-106;
31. Motov SM, Khan AN. Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *J Pain Res* 2009;2:5-11;
32. Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer Publishing Company;
33. Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in Patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33-43;

34. Ramalho, A. . Manual Redacção de estudos e projectos de revisão c/s Metanálise. Coimbra: Editora Formasau, 2005;
35. Friesgaard, K. D., Riddervold, I. S., Kirkegaard, H., Christensen, E. F., & Nikolajsen, L. (2018). Acute pain in the prehospital setting: A register-based study of 41.241 patients. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0521-2>;
36. Stang, A. S., Hartling, L., Fera, C., Johnson, D., & Ali, S. (2014). Quality indicators for the assessment and management of pain in the emergency department: A systematic review. *Pain Research and Management*, 19(6), e179–e190. <https://doi.org/10.1155/2014/289140>;
37. Ducharme J. Emergency pain management. A Canadian Association of Emergency Physicians consensus document. *J Emerg Med* 1994;12:855– 66;
38. Goodacre, S. W., & Roden, R. K. (1996). A protocol to improve analgesia use in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 13(3), 177–179. <https://doi.org/10.1136/emj.13.3.177>;
39. Friesgaard, K. D., Riddervold, I. S., Kirkegaard, H., Christensen, E. F., Nikolajsen, L., Dale, J., & Bjørnsen, L. P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0521-2>;
40. R.A.F. Kabore, K.B.K, A.I.Traore, CTW Bougouma, J. Damba, PZ Bonkougou, J.Sanou, N.Quedraogo (2014). Evaluation Des Connaissances et Pratiques du Personnel des Urgences Traumatologiques de Ouagadougou sur la Prise en Charge de la Douleur. *Artigo Mali Medical*;
41. Blackman, V. S., Cooper, B. A., Puntillo, K., & Franck, L. S. (2016). Demographic, Clinical, and Health System Characteristics Associated with Pain Assessment Documentation and Pain Severity in U.S. Military Patients in Combat Zone Emergency Departments, 2010-2013. *Journal of Trauma Nursing*, 23(5), 257–274. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000231>;

42. Guru, V., & Dubinsky, I. (2000). The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 7–12. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(99\)00153-5](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(99)00153-5);
43. Ricard-Hibon, A., Ducassé, J. L., Ravaud, P., Wood, C., Viel, E., Chauvin, M., Brunet, F., & Bleichner, G. (2004). Quality control programme for acute pain management in emergency medicine: A national survey. *European Journal of Emergency Medicine*, 11(4), 198–203. <https://doi.org/10.1097/01.mej.0000138898.56966.f0>;

Apêndice IX – Proposta de implementação da escala BPS na ferramenta de registo clínico do INEM

De: solange vieira mega <solangemega@hotmail.com>

Enviada: 6 de dezembro de 2020 19:04

Para:

Cc: dulce.santiago@ipbeja.p

Assunto: Projeto de Intervenção, "Gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto Pré-Hospitalar"

Importância: Alta

ATENÇÃO: Este email é de um remetente externo ao INEM. Não clique em links ou abra anexos, a menos que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

CAUTION: This email was originated from outside of the organization. Do not click links or open attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

Exma. Sr.ª,
Responsável do Departamento de Emergência Médica,
Instituto Nacional de Emergência Médica,
Dr.ª Fátima Rato,

Bom dia,

O meu nome é Solange Mega, sou Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, a desempenhar funções no SUB Loulé, SIM [REDACTED] / IMER [REDACTED]. Atualmente, encontro-me a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização: Enfermagem médico-cirúrgica Pessoa em Situação Crítica.

A dor é o 5º sinal vital e a sua gestão na pessoa em situação crítica é imperiosa. Segundo diversos autores esta traduz-se, sobretudo, por via de alterações nos sinais vitais podendo não só comprometer a estabilidade hemodinâmica do doente, mas também agravar outras patologias já existentes, aumentando o seu tempo de internamento e, por consequência, condicionando o seu outcome.

É neste âmbito que estou a desenvolver o projeto de intervenção profissional, com o tema: "Gestão da dor no doente sedado sob ventilação mecânica invasiva em contexto pré-hospitalar".

Neste sentido, venho solicitar a V. Ex. que me permita apresentar-lhe este projeto, presencialmente ou via videoconferência, com intuito conhecer e avaliar esta ferramenta para que, no futuro, se possa considerar a sua utilização na monitorização dos doentes críticos submetidos a ventilação mecânica em ambiente pré-hospitalar, acrescentando valor aos cuidados prestados.

Grata, desde já, pela atenção dispensada.
Aguardo a Vossa apreciação.

Com os melhores cumprimentos,

Solange Mega



Maria de Fátima Lopes Cordeiro Rato <fatima.rato@inem.pt>

Para: Você

Cc: dulce.santiago@ipbeja.p



Qui, 17/12/2020 14:4

Boa tarde Enfermeira Solange,

Muito obrigada pelo seu contacto e pela sua proposta.

Temos todo o interesse em conhecer o seu projeto e propomos, numa fase inicial, a articulação com o Enf. João Lourenço que coloco em Cc, elemento que no DEM tem estado ligado a esta área. Depois desta primeira avaliação e posterior análise no DEM, decidiremos sobre a sua exequibilidade e implementação pelas nossas equipas.

Melhores cumprimentos,

Fátima Rato

Médica

Responsável do Departamento de Emergência Médica

Responsável do Centro de Informação Antivenenos



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA
Rua Almirante Barroso, 36, 1000-013 Lisboa, PORTUGAL
+351 213 508 100 (Ext. 20102)



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

não paramos
ESTAMOS ON



MANTENHA A DISTÂNCIA



USE MÁSCARA



CUMPR A ETIQUETA



LAVE AS MÃOS



USE A APP

ANEXOS

Anexo I – Declaração de Aceitação de Orientação

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio da estudante **Solange Vieira Mega**, nº 19321, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica**, que versa sobre a temática da **"Gestão da Dor no doente Sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré- Hospitalar"**.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente, assumo com interesse científico a sua orientação.

Beja, 13 de novembro de 2019



Maria Dulce dos Santos Santiago (PhD)

Professora Adjunta – Instituto Politécnico de Beja

Anexo II – Termo de autorização de responsabilidade à Execução do Estudo de Investigação

Modelo 5: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho académico de Investigação _ Gestão da dor no doente sedado sob ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar _

Maria Dulce dos Santos Santiago, na qualidade de Professor Orientador / Orientador Supervisor no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 17/21/2020

Assinatura

Maria Dulce Santiago

Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de investigação __Gestão da dor no doente sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar

(Nome) [REDACTED] na qualidade de Diretor do Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável de [REDACTED] COORDENADOR MEDIDA VETER, declaro que autorizo / dou parecer favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 15/5/2022

Assinatura [REDACTED]

Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de investigação __Gestão da dor no doente sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar

(Nome) _____, na qualidade de ~~Diretor do~~
Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável de UTEN, declaro que autorizo / dou parecer
favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições
necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 17/04/2020

Assinatura _____

Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de investigação __Gestão da dor no doente sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto Pré-Hospitalar

(Nome) _____, na qualidade de Diretor do Serviço / Enfermeiro Chefe / Responsável de Unidade, declaro que autorizo / dou parecer favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

19/2/2020

Assinatura _____

Anexo III – Certificado de Palestrante no âmbito do Programa da Formação Contínua



CERTIFICADO DE PALESTRANTE

Certifico para os devidos efeitos que **SOLANGE MEGA**, no âmbito do Programa de Formação Contínua da VMER, desempenhou as funções de palestrante, a 27 Novembro de 2020, apresentando o tema "*Gestão da Dor no doente sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva em contexto pré-Hospitalar*".

Faro, 9 de Agosto de 2021

COORDENADOR MÉDICO DAS VMER DE

DIRETOR DO PROJETO LIFESAVING

www.chuafarve.min-saude.pt/lifesaving
<https://issuu.com/lifesaving>
[facebook.com/revistalifesaving](https://www.facebook.com/revistalifesaving)
[facebook.com/vmeroffaro](https://www.facebook.com/vmeroffaro)
<https://www.instagram.com/lifesaving4a9/>
<https://pt.linkedin.com/in/lifesaving-8a5269193>

Anexo IV – Certificado de Publicação do artigo da Rúbrica Minuto VMER



LIFE SAVING
REVISTA DE EMERGÊNCIA MÉDICA

CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO

Certifico para os devidos efeitos que **SOLANGE MEGA** foi Autora do artigo da Rubrica *Minuto VMER*, publicado na Edição nº 17 da Revista LIFESAVING, de Agosto de 2020, intitulado “*Escala Behavioral Pain scale - Avaliação da dor no doente sedado sob Ventilação Mecânica Invasiva*”.

Faro, 9 de Agosto de 2021





COORDENADOR MÉDICO DAS VMER 

DIRETOR DO PROJETO LIFESAVING

www.chusaleirya.min-saude.pt/lifesaving
<https://issuu.com/lifesaving>
[facebook.com/revistalifesaving](https://www.facebook.com/revistalifesaving)
[facebook.com/vmeroffaro](https://www.facebook.com/vmeroffaro)
<https://www.instagram.com/lifesaving48/>
<https://pt.linkedin.com/in/lifesaving-8a5263193>

Anexo V – Declaração introdução da BPS na plataforma de registo Access

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos efeitos que se aguarda a introdução da escala BPS - *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*, na plataforma de registo Access, gerida com apoio do Serviço de Informática de [REDACTED] e onde se efetua o preenchimento dos dados correspondentes à avaliação dos eventos da Equipa das VMER de [REDACTED]

Por ser verdade, e me ter sido solicitado,

Faro, 1 de Maio de 2023

Atenciosamente,

[REDACTED]

[REDACTED]

(Coordenador Médico das VMER de [REDACTED])

Anexo VI - Diploma PG em Gestão e Administração de Serviços de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

DIPLOMA

----- Daniel Marques da Silva, Vice-Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu, em substituição do Presidente certifica, em face do arquivo respetivo, que **Solange Vieira Mega**, com o número de registo 973/9993/2015-16 filha de Vasco Silvestre Lopes Mega e de Maria de Lurdes da Cruz Vieira Mega, de nacionalidade Portuguesa, portadora do documento de identificação [REDACTED] concluiu neste Estabelecimento de Ensino Superior, em 12-09-2016, o Curso de Pós-Graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde (30ECTS) com [REDACTED] [REDACTED] nos termos da legislação em vigor. -----

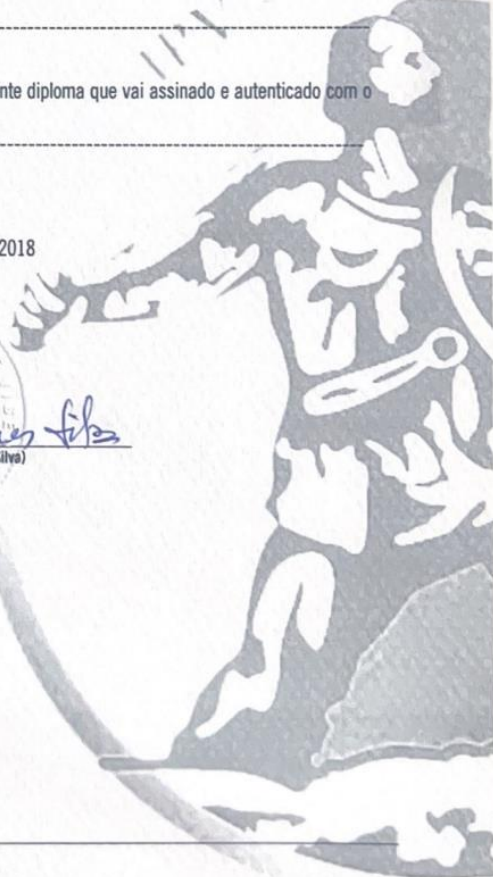
----- Por ser verdade e me haver sido pedido, foi passado o presente diploma que vai assinado e autenticado com o selo branco em uso neste Estabelecimento de Ensino. -----

Viseu, em 15 de outubro de 2018

O Vice-Presidente,



(Prof. Doutor Daniel Marques da Silva)



IPV | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
Código curso/Aluno/Nome aluno: 9993/4679/Solange Vieira Mega
Conferido por: MARGARIDA
modQ* sac:20

Página | 1 de 1

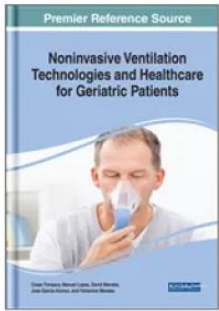
Anexo VII - Certificado de Publicação do artigo “Ventilação Não Invasiva no Doente Crítico idoso com DPOC”



Login/Create Account Language: English  US 

Search title, author, ISBN...

Books Journals InfoSci® Databases Articles/Chapters Publish with Us Resources ▾ Catalogs About Us Newsroom



Noninvasive Ventilation in the Elderly Patient With COPD

Maria do Céu Mendes Pinto Marques (Universidade de Évora, Portugal), Ana Patricia Miguel (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal), Carla Pinho (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal), Solange Vieira Mega (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal), Sónia Isabel Carmo (Suporte Imediato de Vida de Loulé do Instituto Nacional de Emergência Médica, Portugal) and Marlene Silvestre (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal)

Source Title: [Noninvasive Ventilation Technologies and Healthcare for Geriatric Patients](#)
Copyright: © 2020 Pages: 18
DOI: [10.4018/978-1-7998-3531-8.ch005](#)

OnDemand PDF Download: **\$37.50**

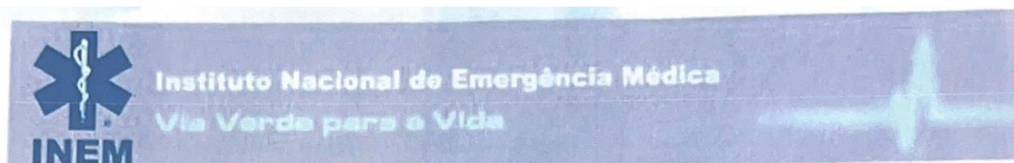
Abstract

The objective of this chapter is to identify the latest evidence on the elderly critical patient with chronic obstructive pulmonary disease. Nine articles were analysed. The effectiveness of NIV has been demonstrated in cases of elderly critically ill patients with acute COPD. Evidence has been shown to decrease hospital stay and mortality, although long-term survival has been shown to be short. The prediction of NIV failure is multifactorial, including very old age, comorbidities, low analytical values of albumin, simplified severity index II, pH < 7.3 of arterial blood, PaCO₂ (Carbon Dioxide Pressure) < 45 mmHg, CAT (COPD Assessment Test) elevated, Glasgow Coma Scale < 11, and APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) 29. NIV has demonstrated efficacy in elderly patients in situations of acute COPD.

Chapter Preview

<https://www.igi-global.com/chapter/noninvasive-ventilation-in-the-elderly-patient-with-copd/256341>, 01 de outubro de 2020

Anexo VIII - Certificado do Módulo Suporte Avançado de Vida



Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Solange Vieira Mega, nascido(a) a 02-04-1986, em Faro - Sé, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de [REDACTED] concluiu com aproveitamento, em 19-02-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 18-02-2019 a 19-02-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.3 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Faro , 11-03-2019



Cofinanciado por:



Certificado N.º 26/Z / 003-1.2-0312/44415/27305/2019

Mod. INEM.061/2

Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Válido até Fevereiro de 2024

Anexo IX - Certificado do Módulo II - Recertificação do Curso SIV Enfermeiros



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica
Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Solange Vieira Mega, nascido(a) a 02-04-1986, em Faro - Sé, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número [REDACTED] concluiu com aproveitamento, em 26-02-2019, o Curso de Formação Profissional.

Módulo II - Recertificação do curso SIV Enfermeiros

que decorreu de 25-02-2019 a 26-02-2019, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de Apto

Centro de Formação DR Sul - Faro , 12-03-2019



Cofinanciado por:



Certificado N.º 9/2/7 114-1.0-0918/44421/27305/2019

Mod. INEM.061/2

Departamento de Formação em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Válido até Fevereiro de 2024

Anexo X - Certificado do Curso *International Trauma Life Support*



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

Certificate of Participation

Solange Vieira Mega, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

11/11/2018

course site

Bombeiros Voluntários de Albufeira, Albufeira,

course director

Luis Cardoso MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-CP03 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscoff@capce.org

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

Card Holder's Signature

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

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

www.itrauma.org



279424-33777

Solange Vieira Mega, RN

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

Advanced Provider Course

Card Issue Date 11/11/2018 Expiration Date 11/2021

Course Number 33777

Course Location Bombeiros Voluntários de Albufeira, Albufeira,

Anexo XI - Certificado de Instrutora do Curso *International Trauma Life Support*

INTERNATIONAL TRAUMA LIFE SUPPORT



ITLS
International
Trauma Life Support

Course Completion Certificate
Solange Mega
has successfully completed
ITLS Instructor Course Online Component

date of completion
November 24, 2018

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by International Trauma Life Support, a CECBEMS accredited organization.
Continuing Education Hours: **3.25** CECBEMS#: **I7-ITLS-F3-IC15** CEH Type: **Educator** CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

You have participated in a continuing education program that has received CECBEMS approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CECBEMS at: CECBEMS - 12200 Ford Road, Suite 478, Dallas, Texas 75234. Phone: 972.247-4442 Email: lsibley@cecbems.org. CECBEMS represents only that its accredited programs have met CECBEMS' standards for accreditation. These standards require sound educational offerings determined by a review of its objectives, teaching plan, faculty, and program evaluation processes. CECBEMS does not endorse or support the actual teachings, opinions or material content as presented by the speaker(s) and/or sponsoring organization. CECBEMS accreditation does not represent that the content conforms to any national, state or local standard or best practice of any nature. No student shall have any cause of action against CECBEMS based on the accreditation of the material.

Anexo XII - Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "A gestão inicial do grande queimado num Serviço de Urgência"

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Solange Mega** participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "*A gestão inicial do grande queimado num Serviço de Urgência*", organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

Anexo XIII - Certificado de Participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora do Poster "Taquicardia Refratária"

#DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



Certificado

Certifica-se que a **Exma. Sra. Enf^a Solange Mega**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, como Autora e Preletora do Poster "*Taquicardia Refratária*" organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros e que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

Anexo XIV – Certificado de Publicação como Autora do artigo da Rubrica Caso Clínico “Taquicardia Refratária de causa inesperada”

LIFE SAVING®
REVISTA DE EMERGÊNCIA MÉDICA

CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO

Certifico para os devidos efeitos que **SOLANGE MEGA** foi Autora do artigo da Rubrica *Caso Clínico*, publicado na Edição nº 14 da Revista LIFESAVING, de Novembro de 2019, intitulado *“Taquicardia Refratária de causa inesperada”*.

Faro, 9 de Agosto de 2021




COORDENADOR MÉDICO DAS VMER DE 
DIRETOR DO PROJETO LIFESAVING

www.chusisterye.mir.saupe.pt/lifesaving
<https://oauu.com/lifesaving>
[facebook.com/revistalifesaving](https://www.facebook.com/revistalifesaving)
[facebook.com/vmerofaro](https://www.facebook.com/vmerofaro)
<https://www.instagram.com/lifesavinghall/>
<https://pt.linkedin.com/in/lifesaving-8a5265193>

Anexo XV - Suporte Avançado de Vida Cardiovascular, pela American Heart Association

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

SAVC
Profissional
de saúde

**American Heart Association.**

Solange Vieira Mega
concluiu com êxito as avaliações cognitivas e de habilidades de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (SAVC) da American Heart Association.

Data de emissão
9 Oct 2020

Nome do Centro de Treinamento
Universidade da Beira Interior

ID do Centro de Treinamento
ZL20780

Cidade e País do Centro de Treinamento
Covilha, PORTUGAL

Nome do Centro de Treinamento
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Renovar até
Oct 2022

Nome do instrutor
Silvia Castro

ID do instrutor
2190761336

Código eCard
E88ED9D30E98

Código QR


Para visualizar ou verificar a autenticidade, estudantes e funcionários devem digitalizar este código QR com seus dispositivos móveis ou acessar www.cprverify.org.
© 2020 American Heart Association. Todos os direitos reservados. 20-2817 10/20

Anexo XVI – Declaração de participação na Revisão Científica da 9ª edição da versão portuguesa do manual de *International Trauma Life Support*



DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que, **Solange Vieira Mega**, titular da Cédula profissional nº 67541, emitida pela Ordem dos Enfermeiros, participou na revisão científica da 9ª edição da versão portuguesa do manual de *International Trauma Life Support* enquanto perita na área da emergência pré-hospitalar.

Alfragide, 28 de junho de 2023

Com os melhores cumprimentos,

Enfª Coordenador do Training Center
ITLS - Femédica

Anexo XVII - Certificado de participação na Comissão Organizadora da II Conferência em Supervisão Clínica em Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

II Conferência Supervisão Clínica em Enfermagem [edição online]



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se declara que o(a) Enfermeiro(a)

SOLANGE VIEIRA MEGG,

participou e integrou a Comissão Organizadora da II Conferência em Supervisão Clínica em Enfermagem [edição online] com o objetivo de divulgar boas práticas no âmbito da supervisão clínica em Enfermagem, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 12 de julho de 2021.

Lisboa, 12 de julho de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Aluno n.º 199320027

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

Anexo XVIII - Certificado de palestrante com o tema Instrumentos de avaliação, portfólio da II Conferência em Supervisão Clínica em Enfermagem



Anexo XIX – Certificado Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

CERTIFICADO

Amélia Maria da Fonseca Simões Figueiredo, na qualidade de Diretora da Escola de Enfermagem (Lisboa), Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, certifica, em face do respetivo arquivo, que **SOLANGE VIEIRA MEGA**, filha de Vasco Silvestre Lopes Mega e de Maria Lurdes da Cruz Vieira Mega, nascida em 1986-04-02, na freguesia de Quarteira, concelho de Loulé e distrito de Faro, portadora do Cartão de Identificação n.º [REDACTED], concluiu a 2021-09-06, a **Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem**, com média [REDACTED].

Mais se certifica que este curso, em 30 de outubro de 2019, obteve acreditação pela Ordem dos Enfermeiros - Certificado n.º 79/2019, para efeitos de Qualificação Profissional, com atribuição de 3,5 Créditos de Desenvolvimento Pessoal (CDP) e para acesso à atribuição de **Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica**.

Obteve as seguintes classificações por Unidade Curricular:

Unidade Curricular	Nota	Extenso	ECTS	Classificação
Fundamentos de Enfermagem	17	Dezassete	2	Creditado
Ética, Deontologia e Direito da Enfermagem	17	Dezassete	2	Creditado
Formação e Desenvolvimento Pessoal e Profissional	17	Dezassete	2	Creditado
Supervisão Clínica em Enfermagem	16	Dezasseis	5	Aprovado
Processo de Supervisão Clínica em Enfermagem	16	Dezasseis	3	Creditado
Supervisão e Processos Organizacionais em Saúde	15	Quinze	2	Creditado
Investigação em Supervisão Clínica em Enfermagem	18	Dezoito	3	Creditado
Prática baseada na evidência	18	Dezoito	2	Creditado
Trabalho em Equipa	16	Dezasseis	2	Aprovado
Gestão da qualidade em Enfermagem	18	Dezoito	2	Creditado
Estágio-Supervisão Clínica	16	Dezasseis	7	Aprovado

O presente certificado é assinado e autenticado com o selo branco em uso nesta Universidade.

Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP em 18 de dezembro de 2021



A Diretora da Escola de Enfermagem (Lisboa),
ICS da UCP

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Anexo XX – Certificado de formação do curso de Formação de Formadores Nível V



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

Formação de Formadores Nível V

Certifica-se que Solange Vieira Mega natural de em Faro - Sé, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 02-04-1986 titular do número de [REDACTED] concluiu com aproveitamento o curso de Formação Formação de Formadores Nível V em 30-11-2022, com a duração de 16,00 horas, tendo obtido a classificação [REDACTED] na escala de 0 a 20..

Centro de Formação DR Norte, 15-12-2022

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado n.º. / 103-1.1-1217/26549/27305/2022
Válido até

Mod.INEM 454.1





FORMAÇÃO DE FORMADORES NÍVEL V (16 horas)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação Contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Formação de Formadores

PLANO CURRICULAR:

- Escola INEM / Acreditação
- O Processo de Aprendizagem no Adulto
- Orientação de Sessão Teórica
- Orientação de Técnicas - Via Aérea e Desfibrilhação
- Workshop: Disritmias
- Algoritmo SAV
- Orientação de Casos Clínicos SAV
- Workshop: A Avaliação
- Orientação de uma Avaliação

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Formador de Nível V

Anexo XXI – Certificado da Pós-Graduação em Cuidados Intensivos



Anexo XXII - Certificado de Pós-Graduação em Intervenção em Trauma, Emergência e Catástrofe

ISLA
Santarém

CERTIFICADO DE PÓS-GRADUAÇÃO

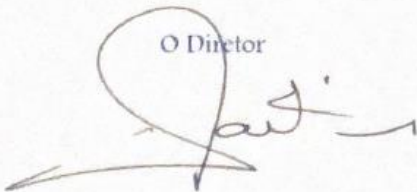
O ISLA – Instituto Superior de Gestão e Administração de Santarém, certifica que **Solange Mega Vieira** portador(a) do documento de identificação [REDACTED] emitido pela República Portuguesa, frequentou a **Pós-Graduação em Intervenção em Trauma, Emergência e Catástrofe**, com a duração de 208 horas, conferindo 41 ECTS.

Concluiu o curso no dia 25 de Junho de 2016, tendo obtido a classificação final de [REDACTED], correspondente à média de [REDACTED]

Por ser verdade, se passa este certificado, que vai assinado pelo Diretor, estando autenticado com o selo branco em uso neste Instituto.

Santarém, 13 de dezembro de 2018

O Diretor



Domingos Martinho

ISLA 10000 Conferido 
Nº registo 298
Data 13 12 2018

Anexo XXIII - Certificado do Curso SIV

Departamento de Formação em Emergência Médica
De acordo com a Portaria nº 158/2012 de 22 de maio

Certificado de Competência 2ª via

 **SUORTE IMEDIATO
DE VIDA - ENFERMEIROS**

7 de Março de 2013

Competência Adquirida:
Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV)

Certifica-se que

Solange Vieira Mega

Nascida a 2 de Abril de 1986, em Faro - Sé, de nacionalidade PORTUGAL, portador do N.º de Identificação [REDACTED] concluiu com aproveitamento na data acima indicada, o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de Ambulância SIV.

Lisboa, 25 de Outubro de 2018

O Departamento de
Formação em Emergência Médica


(Teresa Pinto)

Certificado n.º: 28/4/082-1.0-0214/27305/2013
Válido por 5 anos

Med INEM 279/1



SUORTE IMEDIATO DE VIDA - ENFERMEIROS

Modalidade da Formação:

Formação inicial.

Área de Formação:

Emergência Médica.

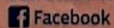
Plano Curricular:

- Módulo de Suporte Avançado de Vida (16h);
- Módulo de Emergências Médicas (17h);
- Módulo de Emergências de Trauma (17h);
- Módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas (14h);
- Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção (16h);
- Estágios (56h).

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV).

SIGA O INEM NO



Facebook



YouTube



Instagram



Twitter

Anexo XXIV – Certificado do Curso VMER

Departamento de Formação em Emergência Médica
De acordo com a Portaria nº 158/2012 de 22 de maio

Certificado de Competência 2ª via



**VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA
E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS**

21 de Agosto de 2014

Competência Adquirida:
Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER)

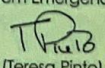
Certifica-se que

Solange Vieira Mega

Nascida a 2 de Abril de 1986, em Faro - Sé, de nacionalidade PORTUGAL, portador do N.º de [REDACTED] concluiu com aproveitamento na data acima indicada, o plano curricular identificado no verso deste certificado, adquirindo a competência de Enfermeiro de VMER.

Lisboa, 25 de Outubro de 2018

O Departamento de
Formação em Emergência Médica


(Teresa Pinto)

Certificado n.º: 120/4/081-1.0-0312/27305/2014
Válido por 5 anos


Mod.INEM.279/1



VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO - ENFERMEIROS

Modalidade da Formação:

Formação inicial.

Área de Formação:

Emergência Médica.

Plano Curricular:

- Módulo de Suporte Avançado de Vida (16h);
- Módulo de Emergências Médicas (17h);
- Módulo de Emergências de Trauma (17h);
- Módulo de Emergências Pediátricas e Obstétricas (14h);
- Módulo de Transporte de Doente Crítico e Situação de Exceção (16h);
- Estágios (35h).

Competência Adquirida:

Enfermeiro de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

SIGA O INEM NO



Facebook



YouTube



Instagram



Twitter

