



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Tiago Miguel Lascasas Magalhães Dias

**FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DA
DOR EM UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DA DOR
EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Relatório Final de Estágio

Tiago Miguel Lascasas Magalhães Dias

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Mestre André Manuel Pacheco Barbosa Leão

Oliveira de Azeméis, 2023

“Nursing is a progressive art such that to stand still is to go backwards”.

(Florence Nightingale)

AGRADECIMENTOS

O presente relatório é reflexo de uma caminhada em que as experiências vividas contribuíram significativamente para o meu crescimento pessoal e profissional. O apoio de várias pessoas foi essencial, pelo que é com gratidão que aproveito este momento para expressar o meu agradecimento.

Assim, agradeço ao Professor Mestre André Leão, pela sua orientação e apoio na realização deste relatório. A sua disponibilidade, confiança, rigor científico e compromisso foram constantes e decisivos durante todo o percurso.

Ao Enfermeiro Especialista Pedro Neto e à Enfermeira Especialista Ana Martins Oliveira, pela orientação e valioso apoio. O seu compromisso, disponibilidade e experiência foram fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas.

Aos meus colegas de trabalho do Serviço de Medicina Intensiva 1 – Ala A do Centro Hospitalar Universitário de São João, pelo incentivo contínuo durante esta etapa.

Aos meus amigos, que estiveram e estão sempre presentes quando é preciso.

Aos meus colegas de mestrado, pela cooperação que existiu durante estes meses. Em especial à Tânia Ferreira.

À Beatriz Silva, pela energia e incentivo para a realização deste projeto.

À Sílvia Faria, amiga que conheci durante este percurso e que levo para a vida. Obrigado pelo companheirismo.

À minha família, que me ensinou a ser resiliente e a lutar pelos objetivos a que me proponho ao longo da vida.

À Cláudia, minha esposa e melhor amiga, por todo o amor e compromisso nesta caminhada que se chama Vida.

À nossa filha Clarinha pelo sorriso com que nos brinda diariamente e pela magia que trouxe a este mundo.

Ao nosso anjo, o Gonçálinho. As palavras são poucas para descrever o que sentimos por ti.

O meu sincero agradecimento a todos que contribuíram para a concretização deste projeto.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CCCT – Centro de Cirurgia Cardiorácica

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EF – Escala de Faces

EMCPSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

END – Escala Numérica da Dor

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR – *Identity, Situation, Background, Assessment and Recommendation*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MEMCPSC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

MI – Medicina Intensiva

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC – Participantes, Conceito, Contexto

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

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

TXC – Transplante de Coração

UAG – Unidade Autónoma de Gestão

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

RESUMO

O relatório de estágio reflete o percurso realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e encontra-se dividido em dois grandes capítulos.

O primeiro capítulo descreve as atividades desenvolvidas durante os períodos de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro de Cirurgia Cardiorácica e no Serviço de Medicina Intensiva de um centro hospitalar do Norte do país, através de uma análise crítica e reflexiva com base no desenvolvimento de competências profissionais, alinhadas com o regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e competências de nível de mestre.

O segundo capítulo é referente à componente de investigação e consiste numa revisão da literatura do tipo *scoping review*, concretizada de acordo com as diretrizes do *Joanna Briggs Institute*. O objetivo da revisão é mapear o conhecimento existente e identificar os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos. Dos resultados encontrados nesta revisão salienta-se que os fatores que interferem com a gestão da dor nas unidades de cuidados intensivos estão relacionados com três principais domínios: o utente, os profissionais de saúde e a organização/sistema de saúde.

Os fatores identificados incluem a complexidade da situação de doença, a gestão de prioridades, as características individuais dos utentes e dos profissionais de saúde, o grau académico, a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes, a aplicação de instrumentos de avaliação, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, o trabalho em equipa, a responsabilização pela gestão da dor, a carga de trabalho, o recurso a protocolos, a formação, entre outros.

Este relatório oferece uma visão abrangente da importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, destacando a sua contribuição para a gestão eficaz da dor nas unidades de cuidados intensivos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e contribuindo assim para a prática de enfermagem avançada.

Palavras-chave: Dor; Enfermagem; Fatores; Gestão da dor; Unidade de cuidados intensivos

ABSTRACT

The internship report reflects the journey and progress made during the Nursing Internship in Critical Care II, which is a component of the Master's program in Medical-Surgical Nursing. The program is an integral part of the specialization in Critical Care Nursing, offered by the School of Health of the Portuguese Red Cross North. The present report is organized into two chapters.

In the initial chapter, the report outlines the activities carried out during the internship periods in both the Cardiothoracic Intensive Care Unit and the Intensive Medicine Department of a hospital center in the North of the country. These experiences are examined through a critical and reflective analysis, aligned with the common competencies of the Specialist Nurse regulation, specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing within the specialization in Critical Care Nursing, and the master's level competencies.

The second chapter is dedicated to the research aspect and comprises a scoping review of the literature performed in accordance with the Joanna Briggs Institute guidelines. The primary aim of this review is to map the current body of knowledge and pinpoint the factors that influence pain management in intensive care units. The results highlight that the factors affecting pain management in intensive care units are related with three main domains: the patient, healthcare professionals and the healthcare organization/system.

Identified factors include the intricacy of the disease, priority management, unique patient and healthcare traits, academic level, communication between healthcare professionals and patients, the use of assessment tools, both pharmacological and non-pharmacological measures, collaborative teamwork, accountability for pain management, workload, protocol adoption, training, among others.

This report offers a comprehensive overview of the pivotal role that Specialist Nurses in Medical-Surgical Nursing play in delivering care to individuals in critical care, with a special emphasis on their contributions to effective pain management in intensive care units. The ultimate goal is improving the quality of care provided, ultimately contributing to advanced nursing practice.

Keywords: Factors; Intensive care unit; Nursing; Pain; Pain management

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fase 1 – Estratégia de pesquisa efetuada, em novembro de 2022, nas bases de dados <i>CINAHL®Complete</i> e <i>MEDLINE Complete</i> , via <i>EBSCOhost</i>	75
Tabela 2: Tabela síntese de fatores que influenciam a gestão de dor em UCI.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de decisão PRISMA adaptado de acordo com o JBI	79
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento dos Contextos de Estágio.....	27
1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Específicos – Centro de Cirurgia Cardioráscica	28
1.2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Polivalentes – Serviço de Medicina Intensiva.....	30
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	33
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	33
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	36
2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	39
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	43
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	47
3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	47
3.2. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas .	55
4. Considerações Finais.....	59
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
1. Resumo	63
2. Abstract.....	65
3. Enquadramento Teórico	67
4. Questão de Investigação.....	71
5. Critérios de Inclusão.....	73
5.1. Participantes	73

5.2.	Conceito.....	73
5.3.	Contexto	73
5.4.	Tipos de Fontes	73
6.	Metodologia	75
6.1.	Estratégia de Pesquisa.....	75
6.2.	Seleção dos Estudos	76
6.3.	Extração de Dados.....	77
6.4.	Análise e Apresentação de Dados	77
7.	Resultados	79
7.1.	Processo de Seleção dos Estudos.....	79
7.2.	Síntese dos Dados	80
8.	Discussão	83
9.	Conclusões e Recomendações	91
10.	Considerações Éticas, Conflitos e Reconhecimentos	93
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
	ANEXOS	111
	ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM O E-PÓSTER “ANTISSÉTICOS NA HIGIENE ORAL PARA A PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO”	113
	ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO LIVRE “FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DA DOR EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”	117
	APÊNDICES.....	121
	APÊNDICE I: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO	123
	APÊNDICE II: PÓSTER “FEIXE DE INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO”	131
	APÊNDICE III: E-PÓSTER “ANTISSÉTICOS NA HIGIENE ORAL PARA A PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO”	135
	APÊNDICE IV: COMUNICAÇÃO LIVRE “FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DA DOR EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”	139

APÊNDICE V: INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	147
APÊNDICE VI: ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	151
APÊNDICE VII: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA A EXTRAÇÃO DOS DADOS	157
APÊNDICE VIII: TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS	161

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros constituem a maior categoria de profissionais de saúde, sendo com frequência o principal elo entre os utentes e o sistema de saúde (International Council of Nurses, 2023). Pela função basilar que representam na prestação de cuidados, educação, liderança, apoio e defesa dos direitos dos utentes, famílias e comunidades (International Council of Nurses, 2023), os enfermeiros são importantes atores na concretização do desafio global para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030 adotados pela Organização das Nações Unidas, ao visar a saúde de qualidade como um dos principais objetivos (World Health Organization, 2020).

Para garantir saúde de qualidade é necessário que a prática dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, seja sustentada na evidência científica (International Council of Nurses, 2012). A literatura demonstra que a integração da Prática Baseada na Evidência (PBE) na prestação dos cuidados de enfermagem fomenta a tomada de decisão clínica mais eficaz e melhores resultados para os utentes, famílias, comunidades e a sociedade em geral (Baldwin et al., 2012; Kerr & Rainey, 2021).

A nível global observa-se um interesse crescente em ampliar o âmbito da prática de enfermagem, para além das funções iniciais, emergindo o conceito de enfermagem avançada (Kerr et al., 2021). Esta mudança de paradigma é resultado da influência das alterações das necessidades de cuidados da população, do avanço da formação em enfermagem e também das modificações na legislação que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros, em resposta às novas demandas da sociedade (Silva et al., 2016).

A enfermagem avançada implica a expansão das responsabilidades profissionais e abrange diversas áreas de atuação, tais como a prática clínica, a educação, a investigação, o desenvolvimento profissional e a liderança organizacional (Henriques et al., 2021). A prática de enfermagem avançada visa contribuir para melhorar a qualidade na saúde das populações (Schneider, 2020). A evidência mostra que os enfermeiros de prática avançada contribuem significativamente para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, prestam cuidados seguros e eficazes e em simultâneo aumentam a satisfação dos utentes (International Council of Nurses, 2022).

Segundo o *International Council of Nurses* (2020), um enfermeiro de prática avançada é um enfermeiro devidamente habilitado, que adquiriu um corpo de conhecimentos especializado e demonstra uma notável capacidade de tomada de decisão e

competência clínica para desempenhar funções em níveis avançados, cujas características são moldadas pelo contexto em que estão habilitados para a prática. Normalmente, a progressão para prática de enfermagem avançada implica a acumulação de horas de experiência clínica, juntamente com a obtenção de grau de mestre e/ou doutor (International Council of Nurses, 2020).

Em Portugal, este papel pode ser atribuído ao Enfermeiro Especialista (EE), cuja certificação de competências especializadas é assegurada “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744). A atribuição do título de EE implica a necessidade de um curso de especialização ou mestrado, realizado em instituição de ensino superior, na área de enfermagem da especialidade (Regulamento n.º 392/2018). As competências especializadas do EE incluem educação, orientação, aconselhamento, liderança e também a responsabilidade pela realização de investigação relevante e pertinente, com o objetivo de promover o avanço e a melhoria da prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

Com base nestas premissas, aliadas à experiência clínica como enfermeiro de cuidados gerais num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar Universitário de São João, decidi frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEMCPSC). Desenvolver competências especializadas e aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC) é uma forma de conseguir atingir a excelência no exercício da profissão, que é um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, com o objetivo de assegurar os direitos dos utentes e a qualidade na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

“A 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” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362). Assim, os cuidados de enfermagem à PSC devem ser cuidados altamente diferenciados, oferecidos de maneira ininterrupta à pessoa cujas funções vitais estejam em perigo iminente, em resposta às necessidades afetadas, com o objetivo de manter as funções essenciais de vida, prevenir complicações e reduzir incapacidades, de forma a promover a sua recuperação integral (Regulamento n.º 429/2018). Atualmente, a prestação de cuidados de enfermagem à PSC assume uma importância significativa e exige um maior aprimoramento técnico e científico. A diferenciação e a especialização são um percurso adotado pelos profissionais de saúde de forma a abordar, de maneira holística, integrada e multidisciplinar, utentes

complexos e críticos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Woo et al. (2017) afirmam, como resultado de uma revisão sistemática, que a presença de enfermeiros especialistas em contextos de cuidados à PSC tem impacto positivo na satisfação dos utentes, nos resultados clínicos, na redução de custos e consequentemente na qualidade dos cuidados.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC é uma das unidades de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEMCPSC) (Regulamento n.º 429/2018). Segundo Santos et al. (2021), os enfermeiros representam a categoria profissional que mais tempo permanece junto dos utentes, o que proporciona uma oportunidade ímpar de promover a gestão eficaz da dor e o bem-estar do utente. Esta competência assume um papel essencial na prestação de cuidados de elevada qualidade (Shoqirat et al., 2019). Por sua vez, os padrões de qualidade especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC) da Ordem dos Enfermeiros (OE) preconizam que a gestão diferenciada e eficaz da dor, através da implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos, que abrangem tanto medidas farmacológicas como não farmacológicas, é uma atividade fundamental na procura da excelência do exercício profissional. Compete ao EE contribuir ativamente para a promoção do bem-estar dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

O acesso ao tratamento da dor é um direito humano fundamental consagrado na Declaração de *Montreal* (International Association for the Study of Pain, 2021a). No entanto, na prestação de cuidados à PSC, nomeadamente em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a dor é um fenómeno relatado por mais de 50% dos utentes (Alotni et al., 2023; Damico et al., 2020) e tem impacto negativo na qualidade vida e na segurança dos mesmos (Rababa et al., 2023). Desta forma, é fundamental prevenir e minimizar a ocorrência de dor em UCI pelo que a gestão eficaz da dor deve ser um objetivo para os profissionais de saúde (Damico et al., 2020). Para alcançar este objetivo é imperativo identificar os fatores que exercem influência na gestão da dor (Kerbage et al., 2021; Nordness et al., 2021).

O presente relatório da Unidade Curricular (UC) de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, inserida no 2º ano do 2º curso de MEMCPSC, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), surge como método complementar de avaliação da referida UC e tem a finalidade de demonstrar o desenvolvimento das competências profissionais do estudante centradas nos regulamentos de competências comuns do EE, competências específicas do EEMCPSC e ainda as competências de grau de mestre presentes no Decreto-Lei n.º 65/2018. A aquisição de

competências é um processo fundamental para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Oliveira et al., 2015).

Este documento encontra-se dividido em dois grandes capítulos. O primeiro capítulo, referente à componente de estágio apresenta, em subcapítulos, o enquadramento dos contextos de estágio realizados num Centro de Cirurgia Cardiorádica (CCCT) e num SMI de um centro hospitalar do Norte do país. Segue-se a descrição das atividades desenvolvidas durante os períodos de estágio e uma análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEEMCPSC. São ainda abordados os objetivos específicos delineados para os contextos de estágio, que têm como temas a gestão diferenciada da dor, a utilização de *pacemaker* externo temporário na PSC submetida a cirurgia cardíaca e a prevenção e controlo de infeção.

O segundo capítulo é referente à componente de investigação, intitulada “Fatores que Influenciam a Gestão da Dor em Unidades de Cuidados Intensivos: uma *scoping review*” e traduz-se numa revisão da literatura do tipo *scoping review* que segue as orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para a realização deste tipo de revisão. Esta parte inicia-se pelo resumo da *scoping review*, enquadramento teórico sobre o tema e o objetivo da revisão. Após são elencados a questão de investigação, os critérios de inclusão definidos para a construção do estudo, a metodologia utilizada na condução da revisão, os resultados encontrados e a sua discussão.

A componente de estágio com relatório final e investigação está de acordo com o programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Aviso n.º 4511/2021).

A elaboração deste relatório teve como suporte a pesquisa da melhor evidência científica disponível, baseada em livros, revistas e artigos disponibilizados em bases de dados científicas, a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a componente teórica do MEMCPSC e a experiência profissional enquanto enfermeiro.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Um Percorso de Desenvolvimento de Competências

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

Segundo Esteves et al. (2019), a realização de estágios supervisionados, em contexto clínico, possibilita ao estudante a integração dos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes profissionais. Adicionalmente, o estágio supervisionado favorece a reflexão crítica, que é fundamental para o desenvolvimento da autonomia, responsabilidade e criatividade com vista a um processo de tomada de decisão eficaz (Esteves et al., 2018). Como futuro EE é essencial compreender as dinâmicas próprias da área de intervenção específica, pelo que o estágio constitui uma oportunidade para o processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros, 2021a).

A presença de estudantes nos serviços de saúde enriquece a sua aprendizagem e gera vantagens para os profissionais de saúde que desempenham funções nestes serviços, bem como para a dinâmica de trabalho destas instituições (Ramos et al., 2022). De acordo com Ramos et al. (2022) a integração dos estágios nos serviços de saúde transforma positivamente os ambientes de trabalho e estimula mudanças nas dinâmicas do serviço ao incentivar os profissionais de saúde a procurar melhorias na prestação de cuidados e a aprimorar os seus conhecimentos, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A unidade hospitalar escolhida para a realização dos estágios é um exemplo na prestação de cuidados, sendo uma instituição de saúde de referência em Portugal, que presta assistência direta às freguesias de Bonfim, Paranhos e Campanhã, pertencentes ao concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo. Serve, também, de forma indireta toda a região Norte do país, dependendo da valência em causa (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2023a).

Este centro hospitalar é altamente diferenciado e constitui uma referência em diversas áreas de atuação, das quais destaco o centro de Transplante do Coração (TXC) que é uma responsabilidade do CCCT e o centro de *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) sendo responsabilidade do SMI 6 (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2023b). Um centro de referência é uma instituição, unidade de saúde ou serviço que se destaca pelo padrão de excelência na prestação de cuidados de saúde, sendo a mesma alcançada através da concentração de recursos técnicos e tecnológicos avançados, conhecimento especializado e experiência em lidar com situações clínicas complexas, raras ou de alto custo (Portaria n.º 194/2014).

Por ter como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2023a), esta instituição da região Norte do país foi a minha opção para a realização dos estágios. A componente de estágio referente à UC de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II desenvolveu-se, em dois momentos, num CCCT e num SMI.

Assim, neste capítulo, o objetivo é realizar um breve enquadramento dos contextos onde decorreram os dois momentos de estágio, tendo por finalidade o desenvolvimento de competências de futuro EEMCPSC e mestre.

1.1. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Específicos – Centro de Cirurgia Cardiorácica

O primeiro momento de estágio decorreu na UCI de um CCCT, no período compreendido entre 4 de outubro e 9 de dezembro de 2022. Foram realizadas 220 horas, em contexto de prática clínica, que possibilitaram a prestação de cuidados especializados à PSC após cirurgia cardíaca e/ou torácica e respetiva família. Permitiu ainda o desenvolvimento de competências avançadas de tomada de decisão como futuro EE.

O CCCT enquadra-se na Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Cirurgia e é um centro de referência na região Norte do país na prestação de cuidados cirúrgicos a utentes com patologia do foro cardíaco e torácico. Constitui, também, um centro de referência em TXC.

Em relação às infraestruturas, o CCCT está organizado em dois pisos e tem capacidade para 52 camas. O piso superior é constituído pela UCI do CCCT que conta com uma lotação de dez unidades devidamente capacitadas com recursos tecnológicos para a monitorização inerente a cuidados intensivos, sendo que uma dessas unidades está inserida num quarto de isolamento embora não possibilite pressão positiva ou negativa conforme recomendado (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013). Este quarto é utilizado quando necessário em situações de TXC. As restantes nove unidades da UCI estão inseridas numa zona aberta com um posto de vigilância centralizado que permite uma observação direta e uma vigilância contínua e segura de todos os utentes. Porém, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2013), este tipo de infraestrutura não garante a privacidade do utente, pelo que futuramente as UCI deverão ser organizadas em boxes individuais de forma a permitir o contacto visual entre o utente e os profissionais de saúde, mas salvaguardando a sua privacidade. A UCI do CCCT é caracterizada como unidade monovalente, dado que mais de 90% dos casos de internamento estão relacionados com uma única especialidade cirúrgica. Apesar desta especificidade, é importante realçar que a

UCI satisfaz todos os critérios necessários para o enquadramento de UCI de nível III (Ministério da Saúde, 2013).

No mesmo piso da UCI de CCCT coexiste a unidade de cuidados intermédios que é composta por dez unidades distribuídas por três espaços abertos. Num dos espaços existe um quarto de isolamento individual. O Bloco Operatório (BO) está igualmente situado neste piso e é composto por três salas de cirurgia. No piso inferior está o serviço de internamento do CCCT com 32 camas, bem como a consulta externa, que é dotada de gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem. Em ambos os pisos existem outras áreas de apoio aos profissionais, armazéns de material e equipamentos, áreas de limpos e sujos, salas de estar, copas, casas de banho para profissionais e utentes, biblioteca e sala de reuniões.

O CCCT admite predominantemente utentes adultos com condições cardíacas que requerem intervenção cirúrgica. As patologias diagnosticadas aos utentes estão maioritariamente relacionadas com doença coronária, doença valvular, doença cardíaca congénita e doença pulmonar. Geralmente, as cirurgias são programadas, mas a admissão de utentes decorrente de situações de urgência é uma realidade frequente.

O percurso do utente no CCCT, desde a admissão até à alta, envolve uma série de etapas essenciais no caso da cirurgia cardíaca e/ou torácica. O utente é inicialmente admitido no internamento. Em seguida, é encaminhado para o BO, onde a cirurgia é realizada. Após a cirurgia, o utente é transferido para a UCI, onde permanece em média entre 24 a 48 horas, período em que as funções vitais são monitorizadas pela equipa de profissionais de saúde e são despistadas e prevenidas as principais complicações cirúrgicas. O processo de recuperação até à data da alta hospitalar ocorre inicialmente na unidade de cuidados intermédios e em seguida no serviço de internamento.

No que concerne aos recursos humanos, o CCCT conta com uma equipa dedicada. A equipa de enfermagem, da qual fazem parte enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em várias áreas de especialização, está distribuída por três grupos, sendo que um dos grupos constitui a equipa da unidade de cuidados intensivos e da unidade de cuidados intermédios, e os restantes grupos estão alocados ao internamento e ao BO. Esta equipa é liderada por uma enfermeira gestora, com o apoio de quatro enfermeiros nos quais delega funções de gestão da equipa de enfermagem e funções de gestão das necessidades inerentes ao adequado funcionamento do serviço.

Em relação à equipa de enfermagem da UCI e de cuidados intermédios, esta divide-se em subequipas de acordo com a rotatividade de horário. Em cada turno há um enfermeiro responsável, que assume um papel de destaque na tomada de decisão. A equipa de profissionais do CCCT integra também médicos especialistas em cirurgia cardíaca e torácica,

médicos internos, assistentes operacionais, assistentes técnicos e um assistente social. Conta ainda com o apoio externo de técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Sendo a UCI do CCCT uma unidade altamente especializada, este estágio permitiu o desenvolvimento de competências avançadas enquanto futuro EE, tanto pelo ambiente desafiador e inerente à cirurgia cardíaca e/ou torácica como pelo impacto positivo que o enfermeiro proporciona na recuperação e qualidade de vida dos utentes.

1.2. Estágio em Contexto de Cuidados Intensivos Polivalentes – Serviço de Medicina Intensiva

A Medicina Intensiva (MI) representa uma área multidisciplinar distinta dentro das Ciências Médicas. Está focada, principalmente, na prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda grave, que possuem potencial para serem revertidas. Esta área é dedicada a utentes que enfrentam a falência de uma ou mais funções vitais, seja esta iminente ou já estabelecida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nos últimos anos, várias UCI evoluíram para serviços de MI e fundiram-se unidades de cuidados intensivos com unidades de cuidados intermédios. Isto, para que fosse possível dar resposta às necessidades de um crescente número de pessoas em situação crítica (Ministério da Saúde, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde (2017), esta fusão assume-se como fundamental para atingir a eficiência, a otimização da continuidade de cuidados, uma maior disponibilidade de camas e ainda a diminuição de eventos adversos, readmissões em nível III de cuidados e redução de custos para os sistemas de saúde.

O segundo momento de estágio desenvolveu-se num SMI, que é considerado uma unidade de cuidados de nível II e III. Este serviço pertence à UAG de Urgência e Medicina Intensiva e é reconhecido por ser polivalente, embora esteja especialmente dedicado ao tratamento de utentes com doença cardíaca grave, constituindo um centro de referência de ECMO (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2023c). O estágio decorreu no período de 12 de dezembro de 2022 a 8 de março de 2023, num total de 220 horas realizadas em contexto de prática clínica, proporcionando diversas experiências fundamentais para a aquisição de competências específicas enquanto futuro EE.

O SMI foi alvo de uma reestruturação profunda, nos últimos anos, tendo aumentado a sua capacidade de internamento de 16 para 30 camas, o que implicou a realização de obras assim como o aumento do número de profissionais de saúde, representando um desafio para a prestação de cuidados de qualidade.

Estruturalmente, o SMI está organizado em três alas. A ala A do SMI, tem capacidade para doze camas, existindo uma área aberta com oito camas e uma zona central de

monitorização que permite a vigilância dos utentes. As restantes quatro camas estão inseridas em quartos de isolamento que possibilitam pressão negativa e pressão positiva. A ala B tem oito camas, duas inseridas em quartos de isolamento, no entanto, a mesma encontra-se desativada. A Ala C tem uma lotação de dez camas, sendo que seis estão localizadas numa zona aberta que dispõe de um balcão central de monitorização e vigilância e as restantes quatro estão distribuídas por quartos de isolamento. De salientar que a reestruturação do SMI, permitiu a criação de quartos de isolamento com pressão quer negativa quer positiva, dando assim resposta à carência nacional desta tipologia de quartos de isolamento em serviços de MI, o que contribui para reduzir o problema das infeções hospitalares, permitindo aumentar a segurança dos utentes e dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2020). À semelhança do CCCT, o SMI dispõe de outras áreas de apoio aos profissionais, armazéns de material e equipamentos, áreas de limpos e sujos, salas de estar, copas, casas de banho para profissionais e utentes e sala de reuniões.

É importante destacar a existência de uma “sala da família” no SMI, que como o próprio nome indica é um espaço reservado para acolher os familiares dos utentes. Este espaço promove a privacidade na comunicação, fomenta o envolvimento da família dos utentes internados, proporciona conforto e contribui assim para a melhoria da qualidade do atendimento. O envolvimento familiar nos cuidados à PSC é essencial para o processo de tomada de decisão e conduz a uma maior satisfação por parte das famílias (Jorge et al., 2023).

A nível de recursos humanos, o SMI reúne uma equipa multidisciplinar dedicada, com enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicos entre outros profissionais. A equipa de enfermagem é dirigida por uma enfermeira gestora que conta ainda com a colaboração de uma enfermeira que tem como função gerir os recursos materiais necessários ao funcionamento do serviço. A restante equipa de enfermagem está dividida em subequipas constituídas por enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas em várias áreas de especialidade.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Nos cuidados à PSC é fundamental que os profissionais de saúde sejam cada vez mais diferenciados e possuam conhecimentos e competências técnicas e relacionais que aumentam a segurança dos utentes e traduzem melhoria nos cuidados prestados (Henriksen et al., 2021).

O desenvolvimento de competências especializadas advém da exploração das áreas de competências do enfermeiro de cuidados gerais e materializa-se através de competências comuns e de competências específicas, o que permite ao EE estar apto a atuar em todos os contextos de vida das pessoas e em diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019).

A OE estabelece quatro domínios de competências comuns do EE que são transversais a qualquer especialidade, mas que permitem avançar e melhorar a prática de enfermagem. São competências comuns dos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Neste capítulo são abordados esses domínios, em contexto da prática clínica, tendo em consideração as atividades desenvolvidas nos dois momentos de estágio e a forma como se refletiram no desenvolvimento de competências enquanto futuro EE.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e o Código Deontológico do Enfermeiro são dois pilares essenciais que orientam a prática dos enfermeiros. Visam garantir a qualidade dos cuidados de saúde, a segurança dos utentes e o respeito pelos princípios éticos da profissão. Ambos desempenham papéis fundamentais na regulamentação e no aprimoramento do exercício da enfermagem.

Os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, como a responsabilidade intrínseca ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência no exercício da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), implicam o dever do enfermeiro garantir cuidados seguros e de qualidade aos utentes (Decreto-Lei n.º 156/2015). Estes cuidados caracterizam-se por intervenções autónomas ou interdependentes, sendo

que os enfermeiros são responsáveis pelos atos que praticam devendo assumir sempre uma conduta eticamente adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A responsabilidade profissional, ética e legal emerge como um dos quatro pilares de atuação descritos no regulamento das competências comuns do EE. Neste contexto, espera-se que o EE adquira competências específicas, tais como desenvolver uma prática profissional ética e legal na sua área de especialização, ao atuar de acordo com as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional e assegurar práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

O exercício da profissão enquanto EE requer habilidades de tomada de decisão assentes num corpo de conhecimentos, na avaliação das melhores práticas e nas preferências do utente (Regulamento n.º 140/2019).

Cuidar da PSC é um processo complexo e exigente e implica que os enfermeiros, no seu dia-a-dia, enfrentem o desafio de lidar com intervenções múltiplas e complexas. Este desafio requer a constante atualização dos conhecimentos dos enfermeiros. Na PSC é fundamental que o EE adapte a sua conduta à situação complexa, responsabilizando-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica (Ordem dos Enfermeiros, 2017b). Segundo a OE (2017b) a intervenção do EE não se resume a um conjunto de atividades e tarefas, considerando que a sua intervenção deve ser baseada na aplicação do conhecimento, evidência científica e habilidades, indispensáveis no processo de tomada de decisão em enfermagem.

A PSC encontra-se tendencialmente num estado de vulnerabilidade extrema, necessitando de intervenções que por vezes são urgentes implicando que a equipa de profissionais assuma decisões de forma rápida não existindo lugar ao consentimento do próprio utente e/ou representante legal. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), o “consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa, é uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.9). Obter o consentimento informado prevê que haja um momento de capacitação do utente no seu processo de saúde/doença no que diz respeito ao princípio ético da autonomia, onde lhe é descrito o procedimento, visando os benefícios e os riscos.

Nas mais variadas situações perante a PSC, adota-se a abordagem do consentimento presumido quando o utente está inconsciente, o familiar/pessoa significativa não se encontra presente e existe um risco iminente para a saúde ou vida da pessoa. Nestas situações, deve prevalecer o princípio da beneficência na medida em que as intervenções surgem para o bem dos utentes e o princípio da não-maleficência dado que são ponderados todos os riscos e benefícios inerentes a estes atos (Pereira et al., 2021).

Na UCI do CCCT e no SMI a maioria dos utentes estão sedados e analgesiados e sob ventilação mecânica, o que implica uma incapacidade para tomar decisões relativamente ao seu processo de saúde/doença, colocando em causa o princípio da autonomia. Cuidar da PSC que não consegue dar o seu consentimento, requer assim o envolvimento da família/pessoa significativa no processo de saúde/doença. A família é a entidade que pode fornecer informações sobre os valores, crenças e costumes do utente essenciais para o processo de tomada de decisão nos cuidados (Davidson et al., 2007). Em situação crítica, envolver o utente e a família/pessoa significativa é fundamental para a humanização e excelência dos cuidados (Santos et al., 2022). Por outro lado, o novo paradigma em MI, leva a que haja cada vez mais utentes acordados, disponíveis e capazes de participar no processo de saúde/doença em contexto de cuidados intensivos. Por consequência, é importante informar os utentes sobre as diversas intervenções de forma a obter o seu consentimento, promovendo assim o princípio da autodeterminação (Yeager et al., 2019).

Segundo Farčić et al. (2020), as decisões dos enfermeiros têm um impacto direto nos resultados dos cuidados de saúde, assim como na segurança dos utentes. Nesta perspetiva é imperativo que os EE participem no processo de tomada de decisão em equipa, contribuindo de uma forma determinante para a promoção da proteção dos direitos humanos e garantia de cuidados de excelência (Regulamento n.º 140/2019).

No que concerne à proteção dos direitos humanos, é fundamental que o EE assegure o respeito dos direitos dos utentes à privacidade, confidencialidade e segurança da informação (Regulamento n.º 140/2019). A passagem de turno assume-se como um momento importante e elementar para a segurança do utente e para a qualidade na transição dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017c). No entanto, tanto no CCCT como no SMI, este momento é realizado junto à unidade de cada um dos utentes, o que por um lado permite envolver os utentes no seu processo de cuidados, mas por outro lado é inquietante uma vez que pode colocar em causa o respeito pelos direitos supracitados dado que a estrutura física dos serviços em formato de *open space* não assegura a privacidade adequada. Na realidade, basta que a comunicação oral seja realizada num tom de voz mais alto para que outros utentes e profissionais testemunhem informações relevantes que não lhe dizem respeito. Portanto, é essencial que a partilha de informação seja realizada com os elementos envolvidos no plano terapêutico e a linguagem utilizada pelos profissionais seja cuidadosa e precisa (Costa et al., 2021).

O EE deve adotar uma abordagem proativa para garantir a privacidade e a dignidade do utente, o que implica a identificação de práticas de risco e a implementação de medidas preventivas (Regulamento n.º 140/2019). Durante os estágios no CCCT e no SMI pode

identificar diversas situações de risco, nomeadamente a exposição excessiva do corpo dos utentes durante os diversos procedimentos, a realização de procedimentos e meios complementares de diagnóstico sem consentimento prévio dos utentes, a exposição ao ruído, entre outras, que geraram reflexão. Neste sentido, ao longo dos períodos de estágio, procurei fomentar a informação sobre os procedimentos aos utentes, a promoção da privacidade e do bem-estar dos mesmos, através da sensibilização da equipa para esta temática.

Em resumo, o papel do EE nos cuidados à PSC é crucial tanto para o bem-estar dos utentes quanto para a integridade da prática de enfermagem. O EE enfrenta desafios complexos relacionados com a responsabilidade profissional, ética e legal na sua prática diária e a sua capacidade de equilibrar esses aspetos é fundamental para proporcionar cuidados de excelência num ambiente crítico.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A qualidade e a segurança nos sistemas de saúde são um imperativo do ponto de vista ético, pois desempenham um papel fundamental na redução de riscos evitáveis e na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da promoção da inovação, da equidade e no respeito pela dignidade com que esses cuidados são prestados (Despacho n.º 5613/2015).

A qualidade em saúde está intimamente ligada à segurança nos cuidados, pelo que estes dois conceitos são uma garantia para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde do Sistema de Saúde Português (Despacho n.º 5613/2015). Segundo a OE (2001), os enfermeiros enquanto maior grupo profissional no sistema de saúde, têm um papel determinante na prestação de cuidados com elevados padrões de qualidade.

De acordo com Warren et al. (2016), a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem nos sistemas de saúde exige que seja implementada na prática uma cultura de PBE. Como principais dinamizadores da melhoria contínua da qualidade surgem os EE, que de acordo com o regulamento de competências comuns do EE, asseguram “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, desenvolvem “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e garantem “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, p.4747).

Os estágios realizados no CCCT e no SMI proporcionaram uma oportunidade única para explorar e contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade. Como futuro EE, procurei ter um papel dinâmico incentivando a equipa para a mudança no sentido de adotar uma PBE. Isso envolveu conhecer os protocolos dos serviços, diretrizes e políticas

institucionais, assim como observar os cuidados à PSC, permitindo identificar áreas onde as práticas poderiam ser otimizadas para garantir cuidados mais seguros aos utentes. Essa análise detalhada foi fulcral para poder orientar mudanças necessárias e estabelecer bases para a melhoria contínua. Neste sentido, apresentei em ambos os contextos de estágio, de forma informal, as normas da DGS atualizadas em 2022, relativas à prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), prevenção de infeção do local cirúrgico, prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical e prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central. Adicionalmente, em conjunto com a tutora, foi desenvolvido um protocolo para o SMI sobre a prevenção da PAI (APÊNDICE I).

A formação em serviço dos enfermeiros é indispensável para a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo considerada vital, visto que o desenvolvimento profissional contribui para o sucesso das organizações (Chaghari et al., 2017). Deste modo, durante o período de estágio no SMI, foi delineado como objetivo específico desenvolver competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica no domínio da tomada de decisão no âmbito da prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, visando a melhoria contínua da qualidade. Apesar de não ter sido possível a dinamização de uma formação teórica no SMI, após reflexão com a tutora e a enfermeira gestora do serviço, decidi, em alternativa, elaborar um instrumento de trabalho, em coautoria com outra estudante do curso de mestrado, com o objetivo de divulgar as atualizações e consciencializar para a prevenção da PAI (APÊNDICE II). A estratégia formativa adotada contribuiu para a prática de enfermagem especializada, uma vez que gerou uma oportunidade de investigação, contribuindo assim para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

Estas atividades foram relevantes para promover a adesão às normas de prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), contribuindo assim para práticas seguras nos cuidados e para estar em linha com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 que visa reduzir as IACS e aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados (Ministério da Saúde, 2022).

O PNSD 2021-2026 defende uma cultura de segurança, definindo-a como uma prioridade e uma componente primária para a qualidade dos cuidados de saúde, sendo fundamental para a redução de incidentes na prestação de cuidados e para proporcionar um ambiente seguro tanto para os profissionais de saúde como para os utentes (Ministério da Saúde, 2022).

O envolvimento do utente, família e cuidadores é igualmente relevante para fomentar uma cultura de segurança (Ministério da Saúde, 2022). Segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019), o EE é responsável por promover um ambiente físico, psicossocial, cultural

e espiritual gerador de segurança, como tal deve envolver o utente e a família/pessoa significativa, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, assegurando a satisfação dos participantes e aumentando a percepção de segurança. No CCCT e SMI existe uma grande preocupação com o envolvimento do utente e família/pessoa significativa nos cuidados, pelo que tornou facilitador participar enquanto futuro EE neste domínio. Ao longo do período de estágio foi possível identificar e compreender as principais necessidades dos utentes e família/pessoa significativa aquando da prestação de cuidados diretos aos utentes e das conversas com a família durante o horário de visita. Segundo Alsharari (2019), colmatar as necessidades da família, tais como as necessidades de informação, proximidade e conforto é crucial para aumentar a satisfação e contribuir para um sentimento de segurança.

A comunicação é vital para garantir a segurança e qualidade da prestação de cuidados. Segundo o PNSD 2021-2026, “a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares, é essencial para a prevenção de eventos adversos” (Ministério da Saúde, 2022, p.29). A transição de cuidados entre profissionais é fulcral, sendo fundamental a utilização de estratégias e ferramentas. A metodologia *Identity, Situation, Background, Assessment, and Recommendation* (ISBAR) é uma ferramenta normalizada na transição de cuidados, que para além de funcionar como ferramenta na uniformização da comunicação entre profissionais, contribui para uma eficiente tomada de decisão e promove o pensamento crítico contribuindo assim para a melhoria dos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017a). Haddeland et al. (2022) corrobora os benefícios da utilização da metodologia ISBAR, que para além de melhorar a comunicação e trabalho em equipa, pode também melhorar a qualidade e a segurança do utente na prática clínica. Em ambos os contextos de estágio, está protocolada a utilização da metodologia ISBAR, sendo esta utilizada pelos profissionais durante a transição de cuidados na PSC, contribuindo desta forma para o aumento da segurança do doente.

As auditorias clínicas surgem como uma oportunidade para avaliar as práticas e proporcionar resultados para planear programas de melhoria e proporcionar a segurança nos cuidados (Ullman et al., 2018). Os enfermeiros especialistas de acordo com o seu quadro de competências devem integrar as auditorias clínicas na sua atividade (Regulamento n.º 140/2019). Durante o período de estágio não foi possível presenciar nenhuma auditoria clínica, no entanto as mesmas são realizadas no CCCT e no SMI com a contribuição de enfermeiros especialistas e dos enfermeiros gestores.

O EE tem ainda o dever de participar na gestão de risco a nível institucional, envolvendo todos os profissionais e fomentando o recurso a instrumentos formais no sentido

de se participarem as ocorrências (Regulamento n.º 140/2019). Segundo o PNSD 2021-2026, a prevenção e a gestão de incidentes de segurança são um ponto chave no que diz respeito à segurança dos cuidados mas também para implementar ações de melhoria (Ministério da Saúde, 2022). Assim, durante os estágios, apesar de não ter existido nenhum incidente que justificasse ser reportado, foi importante promover a consciencialização para o recurso a essa ferramenta que existe a nível institucional, uma vez que a mesma pode contribuir para a reflexão sobre os problemas, a sua correção e, conseqüentemente, para a melhoria de todo o sistema de saúde. De facto, este tipo de ferramentas permite a análise das situações ocorridas que colocam em risco tanto os profissionais como os utentes, o que pode ajudar no desenvolvimento de estratégias para a sua mitigação e conseqüente melhoria dos cuidados (Murray & McCarthy, 2018).

Em suma, o EE surge como um agente da mudança, que desempenha um papel importante na procura pela excelência nos cuidados de saúde. O seu compromisso com a qualidade, a sua *expertise* clínica avançada e o seu impacto positivo na segurança e no bem-estar dos utentes contribuem para o aprimoramento contínuo da qualidade na prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

2.3. *Domínio da Gestão dos Cuidados*

Num contexto de cuidados de saúde cada vez mais complexos e de crescente importância dos cuidados diários para a qualidade de vida e bem-estar desvela-se essencial uma gestão eficaz, garantindo a prestação de cuidados seguros, com base na evidência científica e tecnicamente correta, de forma coordenada e adaptada às necessidades de saúde a todos os níveis (Ordem dos Enfermeiros, 2021b).

De acordo com o REPE, “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.99). O Regulamento n.º 76/2018 (2018) afirma que o desempenho de funções de gestão por enfermeiros é decisivo para garantir a qualidade e a segurança do exercício profissional.

No contexto da prestação de cuidados à PSC, as condições complexas e constantes mutações na condição clínica dos utentes requerem respostas eficazes e eficientes, tornando a gestão de cuidados por parte dos enfermeiros altamente valorizada na prática clínica na medida em que promove uma melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, melhores resultados para as instituições de saúde (Li et al., 2022).

Conforme estabelecido pelo Regulamento nº 140/2019 (2019), a gestão de cuidados é considerada uma competência comum do enfermeiro especialista. O EE gere os cuidados

de enfermagem, otimizando a atuação da sua equipa e promove a coordenação dentro da equipa multidisciplinar. Além disso, ajusta a sua liderança e a gestão dos recursos de acordo com as circunstâncias e o ambiente, com o objetivo de assegurar a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma, o EE ocupa uma posição estratégica que lhe confere a capacidade de atuar como agente de mudança, desempenhando um papel fundamental na reorganização da prestação de cuidados e na promoção do trabalho em equipa, permitindo alcançar um nível elevado de qualidade, capaz de atender às necessidades de saúde dos utentes (Peres et al., 2013).

A gestão dos cuidados de enfermagem é fruto da integração da prestação de cuidados e das responsabilidades de gestão, o que implica que o EE desenvolva ações voltadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos, com o propósito de criar condições adequadas tanto para a prestação de cuidados ao utente quanto para o desempenho eficaz da equipa de enfermagem. Simultaneamente, na dimensão da prestação de cuidados, o enfermeiro concentra a sua intervenção nas necessidades de cuidados de saúde, procurando atendê-las de forma integral. Essa gestão envolve o exercício de liderança, a comunicação e a cooperação com a restante equipa de enfermagem, a equipa multidisciplinar e os utentes (Mororó et al., 2017).

Nos dois contextos de estágio, as equipas de enfermagem eram compostas por um enfermeiro gestor, também enfermeiros especialistas, e que detinham, para além do conhecimento efetivo, uma experiência alargada na gestão de cuidados à PSC. De acordo com o Ministério da Saúde (2017) as UCI/SMI devem ser dotadas de enfermeiros gestores com o perfil e competências adequados, alinhados tanto com a missão do serviço como da instituição. Como tal, o seu papel é gerir o serviço e as equipas que lidera e prestar assessoria de acordo com o regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, assegurando assim a qualidade do exercício profissional (Regulamento n.º 101/2015). O enfermeiro gestor deve desempenhar de igual modo um papel de destaque na promoção de ambientes de prática profissional de enfermagem positivos, por atuar como elo de ligação entre os diversos membros da equipa de enfermagem e as diferentes estruturas de gestão das instituições (Ribeiro, 2023).

Os enfermeiros gestores do CCCT e do SMI são desafiados a liderar equipas de enfermagem de modo a assegurar uma prestação de cuidados eficaz, segura e de qualidade para os utentes. As equipas de enfermagem são dotadas de enfermeiros com diferentes níveis de qualificação e competências, o que acarreta um desafio para os enfermeiros gestores no que diz respeito às dotações seguras relativamente aos cuidados de enfermagem de forma a atingir altos níveis de segurança e qualidade na prestação de cuidados

(Regulamento n.º 743/2019). O *International Council of Nurses* (2006) destaca que assegurar dotações adequadas de recursos de enfermagem melhora a qualidade e os resultados em saúde, assim como resulta numa significativa diminuição dos custos para os sistemas de saúde. Torna-se, pois, imperioso empregar metodologias e critérios que possibilitem a adaptação dos recursos às reais necessidades de cuidados, devendo também ter em consideração diversos fatores, como as competências profissionais, a estrutura física da instituição, a distribuição geográfica dos serviços, a formação dos profissionais e as atividades de investigação a ser realizadas (Regulamento n.º 743/2019).

A avaliação das necessidades de cuidados e da carga de trabalho de enfermagem assume um papel de destaque quando se pretende conciliar a qualidade e segurança dos cuidados, a otimização de recursos e a redução de custos (Sardo et al., 2023). Em contexto de cuidados intensivos, os instrumentos mais utilizados para monitorizar a carga de trabalho de enfermagem são o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) e o *Nursing Activity Score* (Bruyneel et al., 2019). Na UCI do CCCT não é utilizado nenhum instrumento para cálculo da carga de trabalho em enfermagem, em contraste com o que se verifica no SMI em que o TISS-28 é aplicado diariamente a cada utente. Contudo, apesar da aplicação deste instrumento na prática diária dos enfermeiros, não há uma análise e interpretação dos resultados, não se refletindo na distribuição da carga de trabalho. Seria importante que esta prática contribuísse ativamente para assegurar dotações seguras em enfermagem.

Não obstante, na UCI do CCCT o rácio de enfermeiros por utente é dinâmico, sendo que para as dez camas são atribuídos 6 enfermeiros, enquanto que na unidade de cuidados intermédios do CCCT para as dez camas existem quatro enfermeiros. No SMI, a distribuição de enfermeiros por utente também é dinâmica, dependendo em muito das necessidades de cuidados dos utentes e da carga de trabalho, sendo no entanto o rácio enfermeiro/utente mais preconizado de 1:2. No que diz respeito ao cálculo dos rácios de enfermagem, o regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem estabelece que unidades classificadas como de nível II devem manter um rácio de enfermeiros por utente de 1:2, enquanto as unidades de nível III devem manter um rácio de 1:1 (Regulamento n.º 743/2019) o que maioritariamente não se verifica na realidade destes dois serviços. A evidência recente demonstra que rácios superiores a 1:1,5 estão associados a um aumento da mortalidade (Jung et al., 2020; Sakr et al., 2015).

Relativamente à constituição da equipa de enfermagem em cada turno, é recomendado que 50% dos enfermeiros sejam Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), e de preferência na área de especialização de Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 743/2019). A equipa de enfermagem da UCI e da unidade de cuidados

intermédios do CCCT é composta por 74 enfermeiros, contando com dez EEEMC, enquanto que a equipa do SMI é composta por 105 enfermeiros dos quais 25 EEEMC. Facilmente se depreende que a composição de ambas as equipas de enfermagem não permite cumprir o recomendado no que se refere ao número de especialistas por turno em cada um dos serviços.

Em ambos os contextos de estágio, constatei que os enfermeiros designados como coordenadores de turno são fundamentalmente EEEMC. Está de acordo com o recomendado pela OE, que refere que o enfermeiro com funções de responsável de turno deve “possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço” (Ordem dos Enfermeiros, 2017d, p.2). Na UCI e unidade de cuidados intermédios do CCCT o enfermeiro coordenador de turno é responsável pelos cuidados diretos aos utentes atribuídos e acumula também funções de gestão, tais como a gestão das vagas de ambas as unidades e a gestão de recursos materiais e de equipamentos. Para além disso, o enfermeiro coordenador de turno no CCCT é também um líder para a equipa e um membro ao qual a equipa pode recorrer quando necessário. O mesmo participa no processo de tomada de decisão da equipa de saúde, estando presente na passagem de turno médica e funcionando como elo de ligação, transmitindo a cada enfermeiro o plano de cuidados para cada utente. De referir ainda que na UCI do CCCT, no início de cada turno é realizado um *briefing* por um enfermeiro nomeado pelo enfermeiro coordenador de turno e supervisionado pelo mesmo. Este método permite, através de uma reunião curta, melhorar a comunicação entre a equipa e é fundamental para a continuidade dos cuidados e a segurança dos utentes (Fazzini et al., 2023).

Neste capítulo, torna-se fundamental destacar uma experiência vivenciada na UCI do CCCT. A possibilidade de fazer o acompanhamento de um utente no pré, intra e pós-operatório de uma cirurgia de revascularização do miocárdio foi de particular importância no desenvolvimento de competências. O EEEMC deve ser um líder do conhecimento na sua área de atuação específica (Ordem dos Enfermeiros, 2017d) e como tal deve ser capaz de reconhecer “os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa” (Regulamento n.º 140/2019, p.4749). Assim, a experiência, para além de ter permitido acompanhar todo o percurso do doente até à UCI do CCCT, tornou possível identificar as necessidades nos diferentes momentos e permitiu conhecer os papéis e funções inerentes aos profissionais de saúde que exercem funções no BO.

Relativamente ao SMI, o papel do enfermeiro coordenador distingue-se do CCCT, com a vantagem do mesmo não assumir cuidados diretos aos utentes, colaborando apenas

quando é solicitado. De realçar ainda o papel dos enfermeiros coordenadores de turno ao fomentar um ambiente positivo para a prática. Os mesmos são uma referência no domínio dos cuidados à PSC e ajudam os enfermeiros com menos experiência quando surgem dúvidas, medos e conflitos durante a prestação de cuidados. Deste modo, é essencial que o EE tenha uma excelente capacidade de comunicação sendo esta uma peça-chave no trabalho de equipa.

No decorrer dos estágios, tive o cuidado de promover relações interpessoais favoráveis com as equipas, nomeadamente as equipas de enfermagem, consciente que na prestação de cuidados de enfermagem é fundamental o trabalho em equipa, para benefício dos membros da equipa e para se obter ganhos em saúde. O trabalho em equipa é atualmente uma componente crítica da qualidade dos cuidados e um desafio para todos os profissionais, sendo identificado como uma experiência com o potencial de ter um impacto positivo tanto na satisfação dos utentes como dos profissionais de saúde (Nobahar et al., 2023).

Os enfermeiros especialistas desempenham assim um papel vital de coordenação e otimização dos cuidados prestados aos utentes, sendo que num ambiente altamente complexo e desafiador como é o da MI, a presença do EE como gestor de cuidados emerge como elemento essencial para garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos cuidados prestados.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais do EE é um processo determinante para garantir a qualidade dos cuidados e o avanço da prática de enfermagem. Os enfermeiros especialistas são profissionais altamente qualificados e dedicados, que procuram a excelência na sua área de atuação, contribuindo deste modo para obter os melhores resultados nos sistemas de saúde (Poghosyan & Maier, 2022).

A procura da excelência é um processo contínuo, no qual, ao interagir com cada pessoa que encontramos, devemos agir com a constante preocupação de alcançar progressivamente um elevado nível de proficiência, respeitando as normas, incluindo as boas práticas e as diretrizes deontológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

No contexto de doença crítica, a complexidade das situações e a necessidade de respostas implicam que o EE mobilize um conjunto amplo de conhecimentos e habilidades, tendo em vista uma tomada de decisão eficaz. Como tal, para uma prática caracterizada pela segurança e qualidade é necessário que o EE atualize constantemente os seus conhecimentos, sendo esta atualização um percurso dinâmico que nunca termina. Este processo de procura de conhecimento científico deve ser impulsionado pelo desejo

constante de aprender e de melhorar, o que vai de encontro ao preconizado pela OE, que enfatiza no REPE que é um dever dos enfermeiros na procura da excelência do exercício “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.82).

O curso de licenciatura em Enfermagem marca o início do percurso profissional, mas é o processo de desenvolvimento de competências, impulsionado pela formação, que possibilita a constante atualização do conhecimento e o amadurecimento da capacidade de reflexão (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Nesta sequência, o curso de MEMCPSC vincula o estudante ao seu processo de desenvolvimento de conhecimentos e competências, sendo que o grau de mestre é atribuído aos que demonstrem integrar, possuir e aplicar conhecimentos na sua área de atuação. É também esperado que o enfermeiro mestre tenha uma capacidade de compreensão e resolução de problemas em múltiplos contextos, sendo que deve possuir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada e autónoma. Mais ainda, espera-se que o mesmo consiga comunicar os resultados de investigação a toda a equipa de uma forma clara e sem ambiguidades (Decreto-lei n.º 65/2018).

O processo de desenvolvimento de competências enquanto futuro mestre encontra-se em linha com o preconizado para o EE, pois este deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade, sustentando a sua prática clínica em evidência científica e constituindo um agente facilitador nos processos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019).

O autoconhecimento em enfermagem é uma competência basilar para o crescimento pessoal e profissional, na medida em que permite aos enfermeiros reconhecerem os seus potenciais, temperamentos e habilidades de gestão de stress de forma a melhorar o seu desempenho profissional (Rasheed et al., 2021). É essencial que os enfermeiros estejam conscientes das suas emoções e beneficiem delas, uma vez que esta consciência de si próprio permite não só aperfeiçoar o pensamento crítico e otimizar o processo de tomada de decisão, mas também ajuda a melhorar o relacionamento com os utentes e com a equipa multidisciplinar (Younas et al., 2020). Desta consciência de si, surge a inteligência emocional que permite aos enfermeiros reconhecer e compreender as suas próprias emoções, gerindo as mesmas de forma construtiva no relacionamento com os outros (Jung & Park, 2022). O relacionamento interpessoal no local de trabalho implica a necessidade de comunicar, sendo esta uma habilidade básica no processo de interação com o outro, pelo que a comunicação assertiva e eficaz é a chave para melhorar os cuidados prestados (Raeissi et al., 2019).

Os contextos de estágio conduziram-me a uma reflexão sobre as minhas competências e as principais dificuldades sentidas nos cuidados à PSC. Nesse sentido, foi

possível identificar oportunidades de melhoria, que permitiram, a par dos objetivos definidos pela equipa pedagógica, delinear objetivos específicos para cada um dos estágios realizados. Assim, defini como objetivo desenvolver competências específicas do EEEMC no âmbito da prestação de cuidados à PSC com *pacemaker* externo temporário submetida a cirurgia cardíaca, da tomada de decisão na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica e na tomada de decisão na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, visando a melhoria contínua da qualidade. A contribuição dos enfermeiros tutores assumiu especial relevância por promoverem uma constante reflexão pré, durante e após a prática clínica.

A assertividade é uma competência comunicacional fundamental em enfermagem, em virtude da relação interpessoal exigir a habilidade de comunicar efetivamente com os utentes, tal como com a equipa multidisciplinar, assegurando eficácia e eficiência na transmissão de informação (Montezeli et al., 2018). É portanto um fator decisivo na redução de riscos, na prevenção de erros e na melhoria da prestação de cuidados (Nakamura et al., 2017). O EE ao insurgir-se como uma referência na equipa multidisciplinar, é chamado a intervir perante as mais diversas situações pelo que é seu dever aperfeiçoar a comunicação e a assertividade. Também com este objetivo, ao longo dos meses de estágio, pude participar em múltiplas reuniões e passagens de turno e em vários momentos fui solicitado a contribuir para o processo de tomada de decisão com base na minha experiência prévia nos cuidados à PSC. De forma complementar, foi também importante a comunicação estabelecida com os utentes e as famílias pois todas as pessoas têm valores, crenças, hábitos e formação diferentes, tendo sentido necessidade de adequar o discurso e a postura perante as situações vividas e as necessidades de cada um.

Para o contributo no processo de tomada de decisão e na implementação de intervenções foi também decisiva a PBE, com vista à máxima qualidade na prestação de cuidados. Por conseguinte, no decorrer dos estágios houve necessidade de procurar a melhor evidência científica disponível para dar resposta às principais questões que foram surgindo no âmbito da prática, incorporando a experiência detida no âmbito da PSC e tendo presente as preferências dos utentes. Neste âmbito, a prática fundamentada em evidência permite estabelecer uma ligação entre os resultados da investigação e a sua implementação prática assegurando uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, aumentando a visibilidade da profissão ao demonstrar a base científica subjacente ao cuidado prestado (Abu-Baker et al., 2021).

Como referido anteriormente neste relatório, no decurso dos estágios, tive oportunidade de atuar de forma informal como formador oportuno, no sentido de facilitar o processo de aprendizagem dos pares, de fomentar a PBE e de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à PSC. O processo de formação, independentemente de ser formal ou

informal, planeado ou não, permite a cada profissional adquirir novos conhecimentos, competências, atitudes e comportamentos relevantes para a prática. A aprendizagem pode ocorrer nos mais variados contextos e momentos, abrangendo desde conversas informais com as chefias até à participação em reuniões com os pares, bem como a colaboração em processos de tomada de decisão (Rego et al., 2015).

Durante o percurso efetuado ao longo da UC de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, a identificação de défices no conhecimento revelou uma oportunidade de investigação e de posterior disseminação da evidência. A elaboração do protocolo sobre a prevenção da PAI (APÊNDICE I) e do instrumento de trabalho (APÊNDICE II) foram fundamentais para a melhoria dos cuidados, mas também suscitaram algumas questões. Foi detetada uma lacuna no conhecimento relativamente ao antisséptico recomendado na higiene oral para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Para responder a esta inquietação foi realizada, em coautoria, uma revisão da literatura, tendo sido o resumo submetido e aceite no “I Congresso do Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa”, realizado nos dias 4 e 5 de maio de 2023. Os resultados da revisão foram apresentados em formato de e-póster (APÊNDICE III), tendo este sido distinguido com o primeiro prémio nesta categoria (ANEXO I).

O estudo de investigação explanado no segundo capítulo deste relatório emergiu também de uma necessidade detetada no contexto da prática. De igual modo, a participação no congresso supracitado permitiu disseminar o protocolo do estudo de investigação desenvolvido. Foi submetido um resumo intitulado de “Fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos: protocolo de scoping review”, que foi aceite pela organização. O protocolo realizado encontra-se registado na plataforma *Open Science Framework* (Dias & Leão, 2023) tendo sido apresentado no evento sob a forma de comunicação livre (APÊNDICE IV e ANEXO II).

A participação no referido congresso constituiu uma oportunidade para atualizar os meus conhecimentos no âmbito da enfermagem à PSC, mas também permitiu refletir sobre a prática e adquirir competências no âmbito da relação interpessoal através da apresentação e discussão dos vários trabalhos.

Em paralelo com os contextos de estágio, senti também necessidade de participar em diversos *webinars* organizados pela OE onde foram apresentados temas direcionados para a investigação e PSC, que contribuíram para o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de uma prática especializada.

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Neste capítulo são detalhadas as competências do EEEMCPSC e as atividades desenvolvidas durante os contextos de estágio para o meu crescimento enquanto futuro EE.

No que concerne ao EEEMCPSC, para além das competências comuns do EE, é esperado o domínio de competências específicas no âmbito dos cuidados à pessoa e família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, na dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e na maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas oportunas e adequadas (Regulamento n.º 429/2018).

Nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMCPSC estão integrados sete enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção e controlo das IACS. A procura da excelência dos cuidados de enfermagem torna os EEEMCPSC indispensáveis para garantir a qualidade nos sistemas de saúde, sendo elementos-chave na resposta às necessidades de cuidados da PSC (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

Torna-se assim fundamental que o EE possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades específicas na sua área de formação, que deve mobilizar para atuar e dar resposta às necessidades em saúde dos utentes.

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Os cuidados de enfermagem à pessoa e família/pessoa significativa em situação crítica requerem que os enfermeiros possuam conhecimentos avançados, demonstrem habilidade no uso de tecnologias, assumam alto grau de responsabilidade e sejam capazes de tomar decisões rápidas (Pinho, 2020). Na realidade, a prestação de cuidados de qualidade à PSC exige dos enfermeiros especialistas uma abordagem que inclui observação constante, colheita e análise sistemática de dados com vista a antecipar e identificar precocemente possíveis complicações e garantir que as intervenções sejam precisas, específicas, eficazes e realizadas no momento adequado (Regulamento n.º 429/2018).

Os estágios realizados na UCI do CCCT e no SMI foram uma mais-valia, pois permitiram vivenciar muitas situações complexas, exigindo uma constante mobilização de conhecimentos e uma reflexão profunda sobre a prática.

A UCI do CCCT é uma unidade especializada no pós-operatório de utentes submetidos a cirurgia cardíaca e/ou torácica. Em média, no CCCT, são realizadas seis cirurgias por dia. Os tipos de cirurgia mais frequentes são a cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia de substituição das válvulas aórtica, mitral e tricúspide, cirurgia de cardiopatias congénitas, cirurgia de correção de disseção da aorta torácica, cirurgia de patologias pulmonares, entre outras. No pós-operatório de cirurgia cardíaca e/ou torácica são diversas as complicações que podem surgir, como por exemplo hipotensão, hemorragia, hiperglicemia, insuficiência renal aguda, tamponamento cardíaco, hipocaliemia, taquicardia ventricular, sépsis, acidente vascular cerebral e paragem cardiorrespiratória. De salientar que as complicações após cirurgia cardíaca e/ou torácica acarretam o prolongamento do tempo de internamento e maiores custos associados (Lopes et al., 2019).

Por sua vez, o SMI é uma unidade polivalente relativamente ao tipo de utentes que cuida. São múltiplos os diagnósticos de internamento dos utentes nesta unidade, sendo que todos correspondem a disfunções orgânicas muito graves que colocam em risco a vida dos utentes. Contudo, como já mencionado, é uma unidade de referência no tratamento da doença cardíaca grave e na prestação de cuidados à PSC com suporte de ECMO.

Em ambos os contextos, a PSC carece de grande especificidade de cuidados o que me proporcionou múltiplas experiências relativas a cuidados técnicos de alta complexidade, tais como: cuidados de enfermagem na intubação e extubação endotraqueal; cuidados na manutenção de via área artificial; gestão da ventilação mecânica invasiva e não invasiva; cuidados de enfermagem à pessoa com traqueostomia percutânea ou cirúrgica; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva; monitorização neurológica; avaliação de pressão venosa central; intervenções de enfermagem na colocação, manutenção e remoção de cateter venoso central, arterial e epidural; cuidados ao utente com dreno torácico e abdominal; técnicas contínuas de substituição renal; plasmaferese; nutrição parentérica e entérica; cuidados de enfermagem à pessoa com *pacemaker* externo temporário; cuidados à pessoa em ECMO; entre outras. De ressaltar que todos estes cuidados podem gerar complicações, assim como risco acrescido de infeção e alterações fisiopatológicas e emocionais no utente o que determina a necessidade de gestão das mesmas por parte do EE.

De facto, cuidar da pessoa em situação crítica exige uma rápida identificação e resposta a situações de instabilidade que possam surgir de forma a prevenir a disfunção de órgão, o que torna preponderante o papel do EEEMCPSC.

Face às experiências vivenciadas e à necessidade de aprofundar conhecimentos numa área tão específica, considerei como objetivo específico durante o estágio na UCI do CCCT desenvolver competências específicas do EEEMC no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com *pacemaker* externo temporário e submetida a cirurgia cardíaca.

As arritmias cardíacas no pós-operatório representam uma das principais causas de morte e morbidade após cirurgia cardíaca (Batra & Balaji, 2008). A sua etiologia é multifatorial, nomeadamente devido a lesões cirúrgicas do tecido de condução, estiramento das fibras miocárdicas durante a manipulação cardíaca intraoperatória, hipotermia induzida durante a cirurgia, distúrbios ácido-base, fármacos anestésicos, entre outros (Lazarescu et al., 2013). A utilização de *pacemaker* externo temporário no pós-operatório oferece uma oportunidade para prevenir e tratar distúrbios do ritmo cardíaco e melhorar a hemodinâmica (Enevoldsen et al., 2022).

O enfermeiro é o responsável pelos cuidados diretos ao utente na UCI no pós-operatório de cirurgia cardíaca, pelo que deve garantir o funcionamento ideal do *pacemaker*. Em consequência, deve estar familiarizado com os diferentes modos de estimulação do *pacemaker*; a frequência cardíaca ideal, como elemento determinante na manutenção de um débito cardíaco adequado; a intensidade da estimulação aplicada através do dispositivo; a sensibilidade do *pacemaker*, para detetar atividade elétrica intrínseca do utente; entre outros (Lazarescu et al., 2013). Existem ainda diversas complicações que estão associadas à utilização de *pacemaker* externo temporário para as quais o enfermeiro deve estar desperto, como por exemplo infeção associada aos fios de *pacemaker*, lesão miocárdica e tamponamento cardíaco (Elaziz & Allama, 2018). Por conseguinte, é consensual que quando for atingida a estabilidade hemodinâmica e o utente não esteja dependente de *pacemaker* externo temporário sejam removidos os fios de *pacemaker* (Kiely et al., 2020).

Na UCI do CCCT os enfermeiros são responsáveis pela vigilância e verificação do correto funcionamento do *pacemaker* externo temporário. Em todos os turnos verificam o modo de estimulação do *pacemaker* externo, a inserção correta dos cabos do dispositivo nos fios de *pacemaker*, o estado da bateria, o local de inserção dos fios, entre outras intervenções. No entanto, a documentação destas atividades no processo de enfermagem é escassa pelo que considero existir uma oportunidade de melhoria neste domínio, tendo a mesma sido discutida em contexto informal com a equipa da UCI do CCCT. A vigilância e

documentação são elementos essenciais na prática, que estão associados a uma efetiva segurança nos cuidados (Coates et al., 2022).

No decorrer de ambos os momentos de estágio foi ainda possível ter experiências na administração de protocolos terapêuticos complexos e fomentar a aquisição de competências neste campo de ação do EEEMCPSC. Os protocolos são amplamente reconhecidos por serem ferramentas que contribuem para a promoção da PBE, uma vez que facilitam a uniformização da prestação de cuidados de saúde e a coordenação do trabalho em equipa, resultando na redução do tempo de resposta e da possibilidade de ocorrência de erros (Mazer & Levy, 2016). Nesta esfera de ação, na UCI do CCCT e no SMI destacaram-se os protocolos de administração de fármacos vasoativos, insulina, sedação, analgesia, curarização, assim como protocolos de controlo de glicemia e administração de alimentação entérica.

No contexto de estágio do SMI são de destacar ainda os cuidados especializados à pessoa com ECMO, por constituir uma técnica de tratamento complexa e que exige uma equipa multidisciplinar diferenciada e dedicada. A presença da equipa especializada em ECMO, composta por médicos e enfermeiros experientes e altamente qualificados, ajuda a reconhecer rapidamente os erros e simultaneamente assegura cuidados específicos de qualidade (Chaica et al., 2020).

A ECMO define-se como uma técnica de suporte vital extracorporeal de carácter temporário, sendo uma ponte para a recuperação ou para o tratamento definitivo em casos de insuficiência cardíaca e/ou respiratória (David et al., 2017) e permite também a preservação dos órgãos em caso de doação (Correia et al., 2019). Como todas as técnicas invasivas, a utilização da ECMO pode acarretar complicações ao nível vascular, neurológico, renal, sanguíneo e infeção (Pillai et al., 2018). A abordagem do enfermeiro à PSC submetida a ECMO torna-se assim decisiva pois este é responsável por monitorizar e prevenir complicações, para além de garantir intervenções que facilitem a adaptação do utente à técnica (Chaica et al., 2020). A evidência reforça que a presença de enfermeiros especialistas nos cuidados à pessoa com ECMO melhora os resultados dos utentes (Alshammari et al., 2022) e aumenta a segurança dos cuidados prestados (Toy et al., 2021).

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica assume-se como uma competência essencial do domínio do EEEMCPSC e um desafio na prestação de cuidados. Torna-se ainda mais relevante quando a dor é considerada desde 2003 como o quinto sinal vital e o seu tratamento um direito dos utentes, tornando a sua gestão um dever por parte dos profissionais de saúde, pois a mesma acompanha a maioria das situações que requerem cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2003). Como já referido

anteriormente, a dor é um fenómeno relatado em UCI com uma elevada percentagem, pelo que a sua gestão adequada deve ser uma prioridade neste contexto de cuidados. Por considerar a dor e a sua gestão uma área que precisa impreterivelmente de melhoria, defini como objetivo desenvolver competências neste domínio em ambos os contextos de estágio, realizando ainda um estudo de investigação que será apresentado em capítulos posteriores.

Durante o percurso de estágio, tanto no contexto da UCI do CCCT como no SMI, a dor e o bem-estar dos utentes contribuíram para uma reflexão. No âmbito da cirurgia cardíaca e/ou torácica, a dor pós-operatória é uma complicação que afeta negativamente a qualidade de vida da pessoa e aumenta os custos em saúde (Krakowski et al., 2021). Existem fatores de risco como a idade, sexo, índice de massa corporal, ansiedade, técnica cirúrgica e complicações pós-operatórias que contribuem para a dor no pós-operatório (Choinière et al., 2014). A literatura evidencia que a intensidade da dor pós-operatória é mais elevada nas primeiras 24 horas, diminuindo durante a primeira semana (Krakowski et al., 2021), o que destaca a relevância do enfermeiro do serviço da UCI do CCCT nos cuidados pós-operatórios à PSC.

Os enfermeiros devem realizar uma avaliação da dor com recurso a ferramentas validadas, sendo que a monitorização regular da dor é crucial para uma gestão apropriada da mesma. Na UCI do CCCT a dor é monitorizada através da Escala Numérica da Dor (END) nos utentes capazes de fazer um autorrelato da mesma. No que se refere ao utente sedado, analgesiado e incapaz de autorrelato, a Escala de Faces (EF) é o instrumento utilizado para avaliação da dor. No entanto, a literatura aponta para a maior sensibilidade do instrumento *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) comparativamente à EF na avaliação da dor após cirurgia cardíaca (Kiavar et al., 2016). O instrumento CPOT, que já se encontra validado para a população portuguesa (Marques et al., 2022) avalia quatro características comportamentais no utente: a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular e a adaptação ao ventilador na pessoa sob ventilação mecânica ou a vocalização no caso do utente estar em ventilação espontânea (Gélinas et al., 2006). Neste seguimento, e após reflexão conjunta com a equipa de enfermagem, foi disponibilizado um recurso de trabalho (APÊNDICE V) elaborado previamente no âmbito da UC de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica I, inserida no 1º ano do curso de MEMCPSC. Este recurso assentou na PBE, com o intuito de melhorar a qualidade da prestação de cuidados.

O SMI representou uma experiência diferente no contexto de gestão da dor e bem-estar na PSC. O conjunto de estímulos nocivos e procedimentos invasivos e não invasivos nos cuidados à PSC requerem a monitorização contínua da dor e também a administração de analgesia e sedação de acordo com as necessidades do utente (Varndell et al., 2015). No

respetivo contexto de estágio, a monitorização da dor assenta na END nos utentes capazes de autorrelato e na *Behavioral Pain Scale* (BPS) nos utentes sedados e analgesiados sob ventilação mecânica. No entanto, a BPS apenas permite avaliar a dor nos utentes intubados, sob ventilação mecânica e incapazes de verbalizar, não sendo possível utilizá-la na pessoa em ventilação espontânea, com alteração do estado de consciência e incapaz de fazer um relato fiável da sua dor (Marques et al., 2022). Em alternativa, o CPOT evidencia-se como um instrumento válido também na monitorização da dor nestas situações (Asadi-Noghabi et al., 2015). Face ao exposto, o CPOT deveria ser utilizado transversalmente em todos os serviços de MI, tendo partilhado esta opinião com a equipa de enfermagem do SMI, na medida em que a sua utilização permite uma maior uniformização e sistematização (Marques et al., 2022).

Para além da monitorização eficaz da dor, a evidência sugere que tanto a prevenção como o tratamento em UCI devem incluir a farmacologia multimodal, a anestesia regional e o envolvimento multidisciplinar (Krakowski et al., 2021; Rafiq et al., 2014).

Nos contextos de estágio pude vivenciar diferentes experiências na gestão de analgesia e sedação e tive também oportunidade de consciencializar as equipas de enfermagem para a utilização de medidas não farmacológicas enquanto complementares às medidas farmacológicas. A literatura apresenta como medidas não farmacológicas na gestão da dor e bem-estar a utilização de musicoterapia, massagem terapêutica, audição de sons naturais, hipnose, terapia térmica, entre outras, estando comprovada a sua utilização na prevenção e tratamento da dor na PSC, bem como o impacto no consumo de opióides (Leutualy et al., 2022; Martorella, 2019; Sandvik et al., 2020).

Os padrões de qualidade especializados em EMCPC da OE preconizam que a gestão diferenciada e eficaz da dor através da implementação de instrumentos de avaliação e de protocolos terapêuticos, com medidas farmacológicas e não farmacológicas, é uma atividade fundamental na procura da excelência do exercício profissional e compete ao EE a maximização do bem-estar dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2017a). O EE é responsável pelos cuidados prestados ao utente nomeadamente na avaliação, monitorização e otimização da analgesia e controlo da dor na PSC, pelo que a sua experiência e a formação tornam-se um importante contributo para um processo de tomada de decisão mais rápido e assertivo.

A par das competências técnicas de alta complexidade, também as competências relacionais assumem um papel fundamental na prática dos enfermeiros, podendo afetar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes e à família/pessoa significativa. A comunicação é o principal instrumento de trabalho dos enfermeiros, não só no trabalho com

a equipa multidisciplinar, mas também com o utente e família/pessoa significativa, tornando-se assim imperativo treinar as habilidades comunicacionais, de forma a promover a humanização dos cuidados.

A mudança de paradigma nos últimos anos relativamente à sedação permitiu à PSC sob ventilação mecânica estar mais consciente, no entanto isto conduz a dificuldades na comunicação com os profissionais de saúde pois o tubo endotraqueal dificulta o processo de comunicação, impossibilitando o utente de expressar a sua opinião (Martinho & Rodrigues, 2016).

A comunicação ineficaz apresenta diversas consequências, tais como o aumento da suscetibilidade a alterações no estado clínico do utente, sentimentos de frustração, medo e ansiedade e pode contribuir para o desenvolvimento de condições como depressão ou stress pós-traumático (Sias et al., 2022). Contudo, as dificuldades neste domínio também afetam os profissionais de saúde dado que a frustração é uma experiência partilhada por enfermeiros relativamente ao processo de comunicação (Holm et al., 2020). Salem & Ahmad (2018) referem que uma comunicação eficaz melhora a recuperação do utente por aumentar a sua sensação de segurança e pode diminuir o tempo de internamento em serviços de MI. É, pois, essencial que se utilizem estratégias que possibilitem a comunicação eficaz, sendo responsabilidade do EEEMCPSC demonstrar “conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com barreiras à comunicação” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

A evidência científica estabelece a comunicação aumentativa e alternativa como uma variedade de estratégias e recursos que são utilizados para superar as limitações da comunicação oral, desempenhando um papel fundamental na prestação de cuidados por oferecer uma ampla gama de abordagens que auxiliam na comunicação quando a fala não é possível ou é limitada (Holm et al., 2020; Pina et al., 2020). As estratégias incluem linguagem corporal, expressões faciais, ortografia de dedo, gestos, utilização de papel de e caneta pelos utentes que apresentam motricidade fina e capacidade cognitiva, placas de comunicação que abrangem ícones e imagens que traduzem necessidades básicas, placas com o alfabeto e símbolos que permitem ao utente apontar para letras e símbolos, telemóveis, tablets e computadores e ainda sistemas mais sofisticados como é o caso de dispositivos de controlo ocular que permitem, através dos olhos, estabelecer comunicação (American Speech-Language-Hearing Association, 2023; Modrykamien, 2019).

Durante os dois momentos de estágio foi possível experienciar as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na comunicação como o utente, tendo sido implementadas algumas das estratégias acima referidas, o que facilitou a interação

utente/profissional de saúde e fomentou a sua relação terapêutica. Esta é fundamental na prestação de cuidados à PSC e família/pessoa significativa pois permite uma comunicação eficaz e está associada à melhoria na satisfação do utente/família, adesão ao tratamento, qualidade de vida, diminuição dos níveis de ansiedade e depressão e diminuição dos custos com cuidados de saúde (Kornhaber et al., 2016).

A PSC e a respetiva família/pessoa significativa encontram-se a vivenciar processos de transição, pelo que o enfermeiro surge como agente facilitador da promoção de transições saudáveis (Silva et al., 2021). Sendo a transição um processo, um período de mudança ou passagem de um estágio, forma ou atividade para outro estado (Meleis, 2011), compreender as necessidades dos utentes e das suas famílias durante a transição é essencial para a gestão dos cuidados à PSC, melhoria da qualidade na prestação de cuidados e melhoria dos resultados do tratamento (Ghorbanzadeh et al., 2022).

O facto da pessoa se encontrar numa situação complexa de saúde faz com que os membros da família enfrentem uma vivência para a qual não estão preparados e manifestem sentimentos negativos (Gundo et al., 2014). Portanto, a condição de saúde/doença da PSC, considerada uma transição entre a saúde e a doença, pode desencadear uma transição situacional experimentada pela família, que exige uma redefinição dos papéis de cada membro da família, requerendo que a mesma se adapte (Meleis, 2011).

O processo de facilitar a adaptação da família/pessoa significativa deve ser orientado por enfermeiros, incentivando o seu envolvimento, o que ajudará a reduzir os efeitos nocivos que a nível psicológico e emocional podem surgir tanto no utente como na sua família (Expósito & Marañón, 2021). Para isso é essencial estabelecer uma relação de confiança e de respeito para os ajudar a enfrentar a situação (Scott et al., 2019). A literatura sublinha a importância da comunicação eficaz entre os envolvidos no processo de cuidados como um fator preponderante para o estabelecimento de relações saudáveis e para atender às necessidades do utente e da sua família, promovendo assim a satisfação de ambas as partes (Naef et al., 2022). A comunicação emerge como ferramenta fundamental no estabelecimento da relação terapêutica entre enfermeiro e família, com ênfase na escuta e valorização das necessidades da família da PSC e no respeito pelas diferenças culturais e religiosas (Russo et al., 2022).

Nos dois contextos de estágio, a família é considerada como parceira de cuidados, sendo a mesma solicitada a participar no processo de tomada de decisão. Este envolvimento implica que a família seja com frequência esclarecida acerca do diagnóstico, opções terapêuticas e limites da intervenção médica. Por vezes esta informação é pouco compreendida pelos familiares, cabendo ao enfermeiro ajudar na sua interpretação. É

frequente a família experimentar sentimentos de ansiedade, angústia e medo, pelo que é importante que os enfermeiros utilizem algumas estratégias de comunicação verbal e não verbal, tais como o diálogo terapêutico, a escuta ativa e a empatia. Para além disso, a família é convidada habitualmente a participar nos cuidados aos utentes. Estas intervenções são concordantes com a literatura já que o envolvimento da família, através da participação nos cuidados e tomada de decisão, é imprescindível para um cuidado cooperativo e ético (Beesley & Brown, 2020).

3.2. Maximiza a Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

As IACS são infeções adquiridas “pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (Direção-Geral da Saúde, 2007, p.4). Juntamente com o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, as IACS representam um problema a nível global que não deve ignorado pelo impacto que causam nos sistemas de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2017b). São responsáveis por elevadas taxas de morbidade e mortalidade, pelo aumento do tempo de internamento e pelo aumento dos custos familiares, sociais e financeiros (Ferreira et al., 2021). De acordo com a *World Health Organization* (2022), as IACS são um dos eventos mais frequentes durante os cuidados de saúde e estima-se que 30% dos utentes internados em UCI são afetados por estas infeções. A incidência de IACS acentua a utilização de antibióticos e provoca o aumento da resistência dos microrganismos (Direção-Geral da Saúde, 2017b). Segundo a Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (2022), a evidência aponta que cinco milhões de pessoas morrem por ano com infeções provocadas por microrganismos resistentes aos antimicrobianos, estimando-se que este número aumente para dez milhões em 2050 se não forem implementadas medidas eficazes para reduzir a probabilidade da sua ocorrência.

As IACS mais frequentes em UCI são a PAI, a infeção do local cirúrgico, a infeção urinária associada a cateter vesical e a infeção relacionada com cateter venoso central (Blot et al., 2022; Despotovic et al., 2020).

O *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC) (2023) revela no Relatório Epidemiológico Anual de 2019 relativo a UCI que Portugal apresenta uma média de 7,4% do número de episódios de incidência de PAI por mil dias de intubação, o que está

ligeiramente abaixo da média apresentada relativamente ao conjunto dos restantes países (média do número de episódios de 7,8% de incidência de PAI). Relativamente à infeção relacionada com o cateter venoso central, os dados apresentados pelo ECDC reportam que Portugal apresenta uma média do número de episódios de 1,9% de incidência de infeção por mil dias de utilização de cateter venoso central, sendo que a média dos países a que o relatório se reporta é 3,4% de episódios por mil dias de utilização de cateter venoso central. De mencionar que o mesmo relatório afirma que Portugal é o país com mais dias de utilização de cateter venoso central por cem dias de internamento. Relativamente às infeções urinárias, o documento revela que estas são causadas maioritariamente pela presença de cateter vesical, sendo que em 5324 casos identificados pelo ECDC, Portugal reportou 131 casos, sendo este um número baixo relativamente a outros países. A utilização de antibióticos também é uma preocupação do ECDC, relatando que Portugal é o país que mais emprega antibioterapia de forma empírica (European Center for Disease Prevention and Control, 2023). Este relatório menciona a importância da prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC, pelo que considero que é possível melhorar estes indicadores.

Efetivamente, as IACS são consideradas evitáveis, pelo que devem ser instituídas as medidas recomendadas para a sua prevenção e controlo (Ferreira et al., 2021; Moghnieh et al., 2023). A *World Health Organization* (2022) estima que a ocorrência de IACS em UCI pode ser reduzida em cerca de 35 a 70% através da prevenção. Por seu lado, o Ministério da Saúde (2022) assume esta ambição e propõe como objetivo no PNSD 2021-2026 reduzir em 30% a incidência de IACS contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados no sistema de saúde.

Os enfermeiros que trabalham em UCI/SMI são uma peça-chave na prevenção e controlo das IACS na medida em que são responsáveis pelos cuidados aos utentes e pela implementação de medidas que visem a melhoria da qualidade (Blot et al., 2022).

Nesta área específica de intervenção, o papel do EEEMCPSC é considerado relevante uma vez que “considerando 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 da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, p.19364).

Durante a realização dos estágios esta área de atuação do EEEMCPSC despertou-me particular interesse, tendo delineado como objetivo específico para o período de estágio no

SMI desenvolver competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito da tomada de decisão na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, visando a melhoria contínua da qualidade. A definição deste objetivo prende-se com a preocupação atual dos sistemas de saúde com o domínio da prevenção e controlo de infeção e a necessidade de se implementar intervenções que visem a segurança e a melhoria dos cuidados.

Para o desenvolvimento de competências no âmbito da prevenção, intervenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos foi fundamental durante os períodos de estágio consultar os programas de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos emitidos pela DGS nos últimos anos, o manual de normas técnicas de controlo de infeção elaborado pela Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistências aos Antimicrobianos da instituição, assim como os protocolos relativos a esta temática de cada um dos serviços. No domínio das suas competências, o EEEMCPSC tem o dever de maximizar as medidas de controlo de infeção, servindo muitas vezes de ponte entre a comissão de controlo de infeção e os elementos da equipa multidisciplinar. Assim, este deve conhecer, instituir e disseminar as normas preconizadas pela instituição para o controlo da infeção em meio hospitalar.

Para além disso, e como anteriormente mencionado neste relatório, foram revistas as normas atualizadas da DGS sobre os feixes de intervenção referentes à prevenção da PAI, prevenção de infeção do local cirúrgico, prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical e prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central, tendo desenvolvido intervenções especializadas nesta área (APÊNDICE I e II). De realçar que as ações desenvolvidas contribuíram para a atualização científica dos profissionais referente às temáticas em questão e promoveram a sua adesão.

Além das intervenções mencionadas, a implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) foi uma constante preocupação durante os contextos de estágio. As PBCI representam regras de boas práticas que devem ser seguidas por todos os profissionais de saúde ao prestar cuidados, com o objetivo de reduzir o risco de infeção e a transmissão cruzada e promover a segurança dos utentes e dos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2023). Concentram-se em dez princípios de qualidade que devem ser aplicados de forma sistemática:

“avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do

equipamento clínico, controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies, manuseamento seguro da roupa, gestão adequada dos resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho” (Direção-Geral da Saúde, 2017b, p.6).

A nível nacional, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2023) indica que os padrões de PBCI de maior adesão dos profissionais de saúde são a higiene das mãos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, etiqueta respiratória e utilização de equipamento de proteção individual. Os enfermeiros são o grupo profissional com maior taxa de cumprimento da norma de higiene das mãos, sendo que a higienização antes do contacto com o utente continua a ser o indicador com menor taxa de adesão por parte de todos os profissionais. É também apontado pelo relatório que o uso de luvas condiciona o cumprimento dos “5 momentos” para a higiene das mãos (Direção-Geral da Saúde, 2023). É um dever dos EEEMC salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, assim como monitorizar, registar e avaliar as medidas implementadas neste domínio (Regulamento n.º 429/2018). Tanto na UCI do CCCT como no SMI, todas as unidades têm dispensadores de solução antisséptica de base alcoólica, o que facilita e permite o processo de adesão. Porém, considero que seria benéfico serem criadas outras estratégias alternativas para fomentar a adesão à higiene das mãos, tendo partilhado com ambas as equipas essa preocupação e sugerindo a implementação de sistemas automatizados de adesão à higiene das mãos conforme o sugerido na literatura como fator promotor da adesão (Alvim & Couto, 2019; Monsalve et al., 2014).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à PSC, a prevenção e o controlo da infeção associada aos cuidados constituem um enunciado descritivo, no qual está exposto que o EE deve desenvolver competências e orientar a sua intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2017a).

4. Considerações Finais

A elaboração deste relatório referente à componente de estágio revelou-se um desafio, no sentido em que exigiu a mobilização e aprofundamento dos conhecimentos, assim como uma reflexão sobre a prática desenvolvida ao longo dos estágios.

Conhecer a estrutura e a dinâmica do CCCT e do SMI permitiu uma melhor compreensão dos cuidados à PSC, da articulação entre a equipa multidisciplinar e do contributo do EEEMCPSC para uma abordagem holística das necessidades em saúde do utente/família. As atividades desenvolvidas, em ambos os contextos de estágio, permitiram também a aquisição de competências comuns do EE e competências específicas do EEEMCPSC.

A concretização dos objetivos específicos requereu explorar temáticas tão importantes como a dor, prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, que contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Por outro lado, o interesse particular pela gestão da dor e bem-estar da PSC, conduziu-me à realização de um estudo de investigação que será explanado no próximo capítulo.

Durante o percurso realizado, a execução de instrumentos de trabalho (póster e protocolo sobre a prevenção da PAI), assim como a participação com um póster e uma comunicação livre num evento científico, possibilitou-me a translação do conhecimento teórico para a prática, contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto futuro mestre em Enfermagem.

Saliento também que não foi possível desenvolver o domínio de competências específicas do EEEMCPSC na dinamização da sua resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, conforme planeado numa fase inicial, por limitação de tempo. No entanto, considero positivo ter sido possível explorar de uma forma mais aprofundada os outros objetivos a que me propus.

Em suma, o trabalho desenvolvido no decorrer dos estágios permitiu estimular o espírito crítico-reflexivo, contribuiu para o processo de tomada de decisão alicerçado na PBE, assim como para a melhoria da segurança e dos cuidados prestados à PSC e família/pessoa significativa e potenciou o meu percurso como futuro EEEMCPSC.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Fatores que Influenciam a Gestão da Dor em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma *Scoping Review*

1. Resumo

Objetivo: O objetivo desta *scoping review* é mapear o conhecimento existente e identificar os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos.

Introdução: A dor assume-se como um dos principais sintomas dos utentes internados em unidades de cuidados intensivos de adultos. No entanto, o controlo da dor continua a ser um desafio para os profissionais de saúde pelos múltiplos fatores que interferem na sua gestão especialmente neste contexto. Assim, identificar os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos é determinante para otimizar a qualidade na prestação de cuidados e consequentemente melhorar o bem-estar dos utentes.

Crterios de inclusão: Este estudo compreende todas as publicações que abrangem a descrição de fatores que influenciam a gestão da dor tendo como contexto as unidades de cuidados intensivos de adultos.

Metodologia: A *scoping review* segue as linhas de orientação recomendadas pelo *Joanna Briggs Institute* e compreende publicações em inglês, português e espanhol, disponíveis gratuitamente, em texto integral e sem restrição temporal, pesquisadas nas bases de dados *CINAHL®Complete*, *MEDLINE Complete*, *Cochrane Plus Collection*, *MedicLatina*, *SciELO*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *RCAAP* e *OpenGrey*. A seleção e análise dos estudos foi realizada por dois revisores independentes de forma a extrair o conteúdo relevante, com recurso a uma ferramenta de extração de dados.

Resultados: Do processo de seleção de estudos, resultaram 14 artigos que foram incluídos nesta *scoping review*. Os fatores que influenciam a gestão da dor em UCI estão relacionados com o utente, com os profissionais de saúde e com a organização/sistema de saúde e compreendem a complexidade da situação de doença, a gestão de prioridades, as características individuais dos utentes e dos profissionais de saúde, o grau académico, a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes, a aplicação de instrumentos de avaliação, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, o trabalho em equipa, a responsabilização pela gestão da dor, a carga de trabalho, o recurso a protocolos, a formação, entre outros.

Conclusão: Os fatores que influenciam a gestão da dor em UCI são múltiplos, estão inter-relacionados e desempenham um papel significativo na abordagem da dor em cuidados intensivos. Esta revisão estabelece um ponto de partida para futuras investigações que possam explorar soluções para as barreiras descritas e promover os fatores facilitadores das boas práticas na gestão da dor em UCI.

Palavras-chave: Dor; Fatores; Gestão da dor; Unidade de cuidados intensivos

2. Abstract

Objective: The aim of this scoping review is to map existing knowledge and identify factors that influence pain management in intensive care units.

Introduction: Pain is one of the primary symptoms experienced by patients admitted to adult ICUs. Nevertheless, pain management remains a challenge for healthcare professionals, given the myriad factors that hinder its' control, especially in this environment. Identifying factors that influence pain management in the intensive care units is vital to enhance healthcare quality, and consequently, patients' well-being.

Inclusion criteria: This study encompasses all publications describing factors that influence pain management within adult intensive care units.

Method: The scoping review follows the guidelines recommended by the Joanna Briggs Institute and include English, Portuguese, and Spanish publications, available free in full text, without temporal restrictions. The search included the following databases: CINAHL®Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Plus Collection, MedicLatina, SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, RCAAP and OpenGrey. The selection and analysis of the studies were carried out by two independent reviewers using a data extraction tool.

Results: The selection process yielded 14 studies, included in this scoping review. Factors affecting pain management in intensive care units are associated with patients, healthcare professionals and the healthcare organization/system. These encompass the intricacy of the disease condition, priority management, individual attributes of patients and healthcare providers, academic background, communication between healthcare professionals and patients, utilization of assessment tools, both pharmacological and non-pharmacological measures, collaborative teamwork, accountability in pain management, workload, protocol usage, training and various other aspects.

Conclusion: Factors influencing pain management in intensive care units are multiple, interrelated, and play a significant role on the approach to pain in intensive care. This review is a starting point for future research, that could explore solutions to address the identified challenges and foster for best practices in pain management in intensive care units.

Keywords: Factors; Intensive care unit; Pain; Pain management

3. Enquadramento Teórico

A dor define-se como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais” (International Association for the Study of Pain, 2021b), sendo uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (International Association for the Study of Pain, 2021b). Assume-se como uma das principais queixas dos utentes internados em unidades de cuidados intensivos com uma prevalência de mais de 50% (Taínta et al., 2020; Wang & Tsai, 2010).

Em 2003, a DGS intitulou a dor como 5º sinal vital, considerando a gestão eficaz da dor um dever dos profissionais de saúde, um direito dos utentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde, na medida em que a dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a maioria das situações patológicas que requerem cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Na avaliação da dor, pelo seu carácter subjetivo, o autorrelato do utente com dor deve ser sempre respeitado (Devlin et al., 2018). No entanto, a sua avaliação e caracterização pelos profissionais de saúde torna-se particularmente difícil em contexto de cuidados intensivos quando o utente não consegue comunicar, quer pela ventilação mecânica quer pela sedação ou alteração do estado de consciência, pelo que a avaliação da mesma deve ser realizada por um profissional de saúde convenientemente qualificado (Pinheiro & Marques, 2019). O facto do utente não conseguir comunicar a sua dor não nega a existência da mesma ou a necessidade de um tratamento adequado (Alotni et al., 2023), sendo que a sua monitorização é essencial. A premência do recurso a instrumentos para a avaliação da dor é unânime na literatura, sendo os principais instrumentos validados para avaliação da dor em UCI a END quando é possível o autorrelato e a BPS e o CPOT quando o processo de comunicação está comprometido (Phillips et al., 2019; Stollings et al., 2023).

O conjunto de estímulos nocivos e procedimentos invasivos e não invasivos, como o posicionamento, cuidados de higiene, inserção de drenos, tubos endotraqueais, cateteres venosos centrais, cateteres arteriais, cateteres urinários e outros dispositivos de monitorização, requer a vigilância contínua da dor e também a implementação de intervenções para controlo da dor da pessoa em situação crítica (Gélinas, 2016; Varndell et al., 2017).

O alívio inadequado da dor dos utentes em contexto de cuidados intensivos pode levar ao aumento da agitação, dessincronização do utente-ventilador e ainda a um conjunto

de alterações fisiológicas, tais como taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigénio, entre outras, que podem agravar o quadro clínico (Oliveira et al., 2016; Rababa et al., 2021). Consequentemente, a dor não controlada pode também ter como efeito negativo a evolução para dor crónica (Delgado, 2020; Kia et al., 2021), que está associada a uma diminuição da qualidade de vida dos utentes que sobreviveram após o internamento em unidades de cuidados intensivos (Papathanassoglou et al., 2018).

Deste modo, o controlo eficaz da dor torna-se um desafio para a equipa multidisciplinar que trabalha nestas unidades, pois é necessário implementar intervenções que promovam o conforto e bem-estar dos utentes minimizando assim o risco de complicações (Delgado, 2020). De salientar que uma boa gestão da dor está associada a uma diminuição do tempo de internamento, menores taxas de readmissão, recuperação mais precoce, menores custos e também a uma maior satisfação por parte dos utentes (Glowacki, 2015; Santos et al., 2021; Teixeira & Durão, 2016).

No âmbito da prestação de cuidados à PSC, a tomada de decisão inerente à gestão da dor é uma tarefa complexa e fortemente influenciada pela avaliação da equipa de enfermagem (Kerbage et al., 2021). Por conseguinte, os enfermeiros, que constituem a classe profissional que mais tempo passa junto dos utentes, têm a oportunidade de promover uma gestão eficaz da dor e do seu bem-estar, competência essencial na prestação de cuidados de qualidade (Taínta et al., 2020). Complementarmente, a equipa médica da UCI é responsável por prescrever analgésicos para aliviar a dor de forma eficaz, sendo que a sua eficácia está intimamente ligada com a avaliação regular da dor (Siddiqui et al., 2023).

É fundamental que a dor seja reconhecida, avaliada e tratada com critério. O tratamento da dor em contexto de cuidados intensivos requer intervenções interdependentes (farmacológicas) e autónomas (não farmacológicas) por parte dos enfermeiros, que em combinação podem resultar num alívio adequado da dor (Klaess et al., 2019; Teixeira & Durão, 2016). A inclusão de abordagens não farmacológicas desempenha um papel crucial e pode ainda reduzir a necessidade de intervenções farmacológicas (Nordness et al., 2021).

A literatura também salienta que a utilização de protocolos com base na evidência científica está associada a melhores resultados no controlo da dor em UCI (Damico et al., 2020; Shaikh et al., 2018).

Pasero et al. (2009) afirmam que a gestão da dor do utente internado em cuidados intensivos é desadequada, apesar do investimento em investigação no domínio da dor, do desenvolvimento de orientações e recomendações e da formação dos profissionais. Este facto prende-se com múltiplas barreiras associadas à natureza complexa da condição do

utente em contexto de cuidados intensivos, que podem ter origem em três domínios distintos, nomeadamente o utente, a equipa de saúde e o sistema de saúde. Os mesmos autores identificam múltiplas limitações como as mais frequentes, apontando por exemplo a dificuldade dos profissionais em reconhecer e avaliar a presença de dor, o défice de conhecimentos sobre princípios de avaliação e gestão da dor, as crenças pessoais e culturais, as dificuldades comunicacionais entre o utente e a equipa e a fraca monitorização da qualidade dos cuidados prestados e consequente desresponsabilização dos profissionais pelo negligenciar da gestão da dor dos utentes (Pasero et al., 2009).

Estudos mais recentes corroboram a prevalência duma inadequada gestão da dor na PSC (Oliveira et al., 2016; Rababa et al., 2021). Esta pode estar arrolada a fatores relacionados com o profissional de saúde, com o utente e ao nível organizacional (Khalil, 2018; Mota et al., 2020; Oliveira et al., 2016).

Estes fatores concorrem para que a dor seja frequentemente pouco reconhecida, avaliada e consequentemente subtratada, o que pode colocar em causa a qualidade dos cuidados, implicando a necessidade dos profissionais de saúde terem formação e treino relacionados com a gestão da dor e bem-estar (Varndell et al., 2020).

No domínio da gestão da dor em UCI e de acordo com Nordness et al. (2021), uma área de extrema relevância que requer uma investigação aprofundada é a identificação de fatores passíveis de modificação.

Sendo a gestão da dor uma importante responsabilidade da equipa de saúde, a produção de conhecimento científico neste domínio reveste-se de particular importância e é determinante para otimizar a qualidade na prestação de cuidados e consequentemente melhorar o bem-estar dos utentes.

Assim, com base nas evidências apresentadas, surge a necessidade de realizar uma *scoping review*, com o intuito de mapear o conhecimento existente e identificar os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos. Neste seguimento, o estudo começou pela realização de uma pesquisa preliminar sobre a temática nas bases de dados *CINAHL®Complete* e *MEDLINE Complete*, via *EBSCOhost*, e na plataforma online *JBI Evidence Synthesis*. Na pesquisa efetuada não foram identificadas *scoping reviews* sobre o assunto em questão, o que reforçou a necessidade de produzir conhecimento específico nesta área de investigação.

4. Questão de Investigação

O estudo elaborado tem como objetivo mapear o conhecimento e identificar os fatores que influenciam a gestão da dor em UCI.

Para a construção da questão de investigação foi utilizada a mnemónica Participantes, Conceito e Contexto (PCC) proposta pelo JBI (Peters et al., 2020), no sentido de delimitar a problemática em estudo e responder claramente ao objetivo definido para esta revisão. Assim, emerge a seguinte questão de investigação: “Quais são os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos?”.

5. Critérios de Inclusão

A presente *scoping review* incorpora os elementos da mnemónica PCC para orientar o desenvolvimento de critérios de inclusão, facilitar a procura de evidência científica sobre a problemática em estudo e fornecer uma estrutura robusta para o seu desenvolvimento.

5.1. Participantes

A *scoping review* compreende todas as publicações que incluam a descrição de fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos de adultos.

5.2. Conceito

O conceito a ser estudado abrange todos os fatores que influenciam a gestão da dor.

5.3. Contexto

A *scoping review* inclui todas as fontes referentes a unidades de cuidados intensivos de adultos.

5.4. Tipos de Fontes

A elaboração desta *scoping review* inclui todos os artigos publicados nas bases de dados consultadas que respondem à questão de investigação. É ainda incluída literatura cinzenta, tais como teses de mestrado e doutoramento não publicadas.

O trabalho elaborado exclui os estudos realizados no contexto da pediatria.

6. Metodologia

O método de revisão da literatura do tipo *scoping review* foi escolhido com o objetivo de identificar e mapear o conhecimento associado ao conceito em estudo. Assim, esta revisão segue a metodologia do JBI para a elaboração de uma *scoping review* (Peters et al., 2020).

Com o intuito de definir o objetivo, critérios de inclusão, metodologia e permitir a transparência do processo de investigação, foi inicialmente elaborado um protocolo de *scoping review* de acordo com o JBI. O mesmo foi registado e publicado na plataforma *Open Science Framework* com o título “*Factors influencing pain management in intensive care units: a scoping review protocol*” (Dias & Leão, 2023).

6.1. Estratégia de Pesquisa

Seguindo a orientação do JBI, relativamente à elaboração de uma *scoping review*, a pesquisa desenvolveu-se em três etapas. Numa primeira fase foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL®Complete* e *MEDLINE Complete*, via *EBSCOhost*, de forma a determinar as palavras-chave e termos de indexação mais utilizados nos títulos, termos do assunto e resumos das publicações relativas ao conceito em estudo. Para tal, foram utilizados os termos de pesquisa (termos de indexação e termos similares) e operadores booleanos conforme descrito na seguinte tabela (tabela 1):

Tabela 1: Fase 1 – Estratégia de pesquisa efetuada, em novembro de 2022, nas bases de dados *CINAHL®Complete* e *MEDLINE Complete*, via *EBSCOhost*

Pesquisa	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados
Pesquisa 1 (P1)	(MH (factors or causes or influences or reasons or determinants or predictors or contributors or barriers or enablers)) OR (TI (factors or causes or influences or reasons or determinants or predictors or contributors or barriers or enablers)) OR (SU (factors or causes or influences or reasons or determinants or predictors or contributors or barriers or enablers)) OR (AB (factors or causes or influences or reasons or determinants or predictors or contributors or barriers or enablers))	10.826.059
Pesquisa 2 (P2)	(MH (pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia or pain measurement)) OR (TI (pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia or pain measurement)) OR (SU (pain management or pain	343.037

	relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia or pain measurement)) OR (AB (pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia or pain measurement))	
Pesquisa 3 (P3)	(MH (intensive care units or icu or critical care or critical care unit)) AND (TI (intensive care units or icu or critical care or critical care unit)) AND (AB (intensive care units or icu or critical care or critical care unit)) AND (SU (intensive care units or icu or critical care or critical care unit))	42.123
Pesquisa 4 (P4)	P1 AND P2 AND P3	372

Na segunda fase, a partir da análise das palavras-chave e termos de indexação identificados da pesquisa efetuada na primeira fase, foi realizada uma pesquisa avançada nas seguintes bases de dados: *CINAHL®Complete*, *MEDLINE Complete*, *Cochrane Plus Collection*, *MedicLatina* (via *EBSCOhost*), *SciELO* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Relativamente à literatura cinzenta foi ainda conduzida uma pesquisa através do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e do *OpenGrey*. Para a pesquisa nesta fase utilizaram-se os operadores booleanos “AND” e “OR” e os *Medical Subject Headings* (MeSH)/Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “*Intensive Care Units*”, “*Critical Care*”, “*Pain Management*”, “*Analgesia*”, “*Pain Measurement*”. Por não existir nenhuma palavra MeSH/DecS associada ao conceito em estudo foram ainda utilizadas as palavras-chave “*Factors*”, “*Barriers*”, “*Reasons*”, “*Enablers*” e “*Causes*”. As palavras-chave e termos de indexação foram adaptados à estratégia de pesquisa em cada uma das bases de dados (APÊNDICE VI).

Por último, foram analisadas as referências bibliográficas da evidência selecionada com o intuito de encontrar estudos que também pudessem ser pertinentes para esta *scoping review*.

A pesquisa é limitada a conteúdos disponíveis gratuitamente e em texto completo, redigidos em português, inglês e espanhol, sem restrição temporal. A investigação decorreu de novembro de 2022 até outubro de 2023.

6.2. Seleção dos Estudos

Numa primeira fase do processo de seleção dos estudos, os documentos selecionados resultantes da implementação da estratégia de pesquisa definida, em cada uma das bases de dados, foram identificados e inseridos no *software* Zotero (versão 6.0.27), tendo-se eliminado os duplicados. Posteriormente, foram analisados os títulos e os respetivos resumos por dois revisores independentes (estratégia de revisão por pares) para garantir que respeitavam os critérios de elegibilidade pré-definidos. Do resultado desta análise, as publicações remanescentes foram examinadas na íntegra por dois revisores de

forma independente de modo a extrair os dados relevantes, assegurando o cumprimento dos critérios de inclusão. A exclusão de estudos nesta fase está devidamente registada e fundamentada. Foram ainda analisadas as referências bibliográficas dos estudos selecionados e identificadas as relevantes para leitura do título e resumo, seguindo-se a análise do texto integral com o objetivo de selecionar os artigos com interesse para a realização da *scoping review*. As discordâncias que surgiram entre os dois revisores foram resolvidas através de discussão entre ambos, pelo que não houve necessidade de recorrer a um terceiro revisor.

6.3. Extração de Dados

Para o processo de seleção dos estudos extraídos das bases de dados recorreu-se ao fluxograma de decisão *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009) adaptado a uma *scoping review* de acordo com a metodologia proposta pelo JBI (Peters et al., 2020).

Os dados obtidos para esta *scoping review* foram escrutinados por dois revisores independentes, com recurso a um instrumento de extração de dados desenvolvido com base na questão de investigação. O instrumento utilizado para a extração de dados foi testado pelos revisores, de forma a garantir que todos os dados relevantes eram extraídos. Estes incluem detalhes sobre o(s) autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivo(s), tipo de estudo/publicação, conteúdos relevantes/conclusões e fatores encontrados que influenciam a gestão da dor.

O instrumento de extração de dados (APÊNDICE VII) foi adaptado com base nas diretrizes fornecidas pela metodologia do JBI para o formato de *scoping review* (Peters et al., 2020) e sofreu alterações no decorrer da investigação, conforme previsto no protocolo desenvolvido inicialmente. As alterações realizadas tiveram o intuito de facilitar o processo de colheita de dados.

Nesta etapa as diferenças que surgiram entres os revisores relativamente aos dados a extrair foram resolvidas por meio de discussão até o consenso ser alcançado.

6.4. Análise e Apresentação de Dados

Tendo como referência o método sugerido pelo JBI, os resultados da *scoping review* serão apresentados em tabelas no sentido de facilitar o mapeamento e a compreensão dos dados extraídos. Para além disso, a informação presente nas tabelas é complementada com um resumo narrativo que pretende discutir os resultados encontrados e descreve a sua relação com o objetivo e a questão de investigação (Peters et al., 2020).

7. Resultados

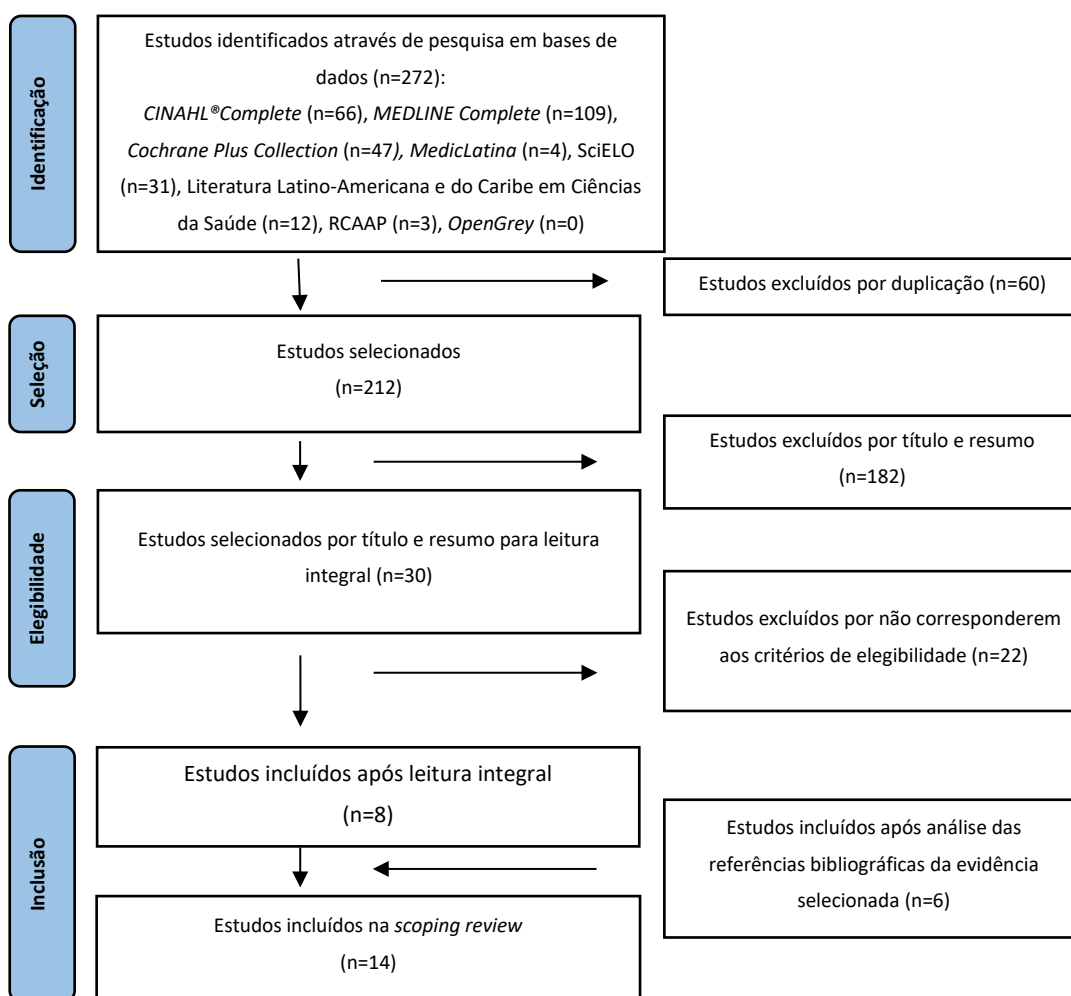
De acordo com a estratégia de pesquisa definida para este estudo, foram identificados 272 artigos, tendo sido incluídas nesta revisão 14 publicações que cumprem os critérios de inclusão e identificam fatores que influenciam a gestão da dor em UCI.

Nesta etapa, foi empregue a estratégia designada por revisão por pares, tendo havido consenso quanto aos artigos a serem incorporados na *scoping review*.

7.1. Processo de Seleção dos Estudos

O processo de seleção de estudos encontra-se esquematizado na figura 1 através do fluxograma de decisão PRISMA de Moher et al. (2009), tendo sido ajustado segundo o preconizado pelo JBI (Peters et al., 2020).

Figura 1: Fluxograma de decisão PRISMA adaptado de acordo com o JBI



Conforme mencionado, a pesquisa efetuada nas bases de dados selecionadas resultou na identificação de 272 artigos com potencial relevância para a realização deste estudo. Inicialmente foram identificados 66 artigos na *CINAHL®Complete*, 109 na *MEDLINE Complete*, 47 na *Cochrane Plus Collection*, 4 na *MedicLatina*, 31 na *SciELO*, 12 na *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* e 3 no *RCAAP*, sendo que no *OpenGrey* não foi identificado nenhum estudo através da implementação da estratégia de pesquisa.

Após a inserção de todos os artigos identificados no gestor bibliográfico Zotero, 60 publicações foram eliminadas por duplicação, tendo resultado na seleção de 212 estudos para análise de título e resumo. Deste processo, 182 artigos foram eliminados por não se adequarem ao tema em análise, tendo sido selecionadas 30 publicações para leitura integral. Através desta leitura, verificou-se que 22 estudos não preenchiam os critérios de elegibilidade definidos para o estudo (não respondiam à questão de investigação nem aos critérios de inclusão e exclusão). No final foram identificados oito artigos para análise e extração de dados. Da análise das referências bibliográficas destas oito publicações, foram identificados outros seis artigos que após leitura do título, resumo e texto completo preencheram os critérios de elegibilidade para serem incluídos na investigação. Assim, do processo de seleção descrito, resultaram 14 publicações para a elaboração da *scoping review*.

7.2. Síntese dos Dados

A presente *scoping review* engloba 14 estudos que identificam fatores que influenciam a gestão da dor em UCI.

Os artigos incluídos foram publicados no período temporal entre 2008 e 2022. Relativamente ao país de origem das publicações, cinco foram realizados nos Estados Unidos da América (American Association of Critical Care Nurses, 2018; Helms & Barone, 2008; Nordness et al., 2021; Pasero et al., 2009; Tarigopula et al., 2014), um em Taiwan (Wang & Tsai, 2010), um em Singapura (Mukhopadhyay et al., 2017), dois no Irão (Dehghani et al., 2018; Deldar et al., 2018), um na Etiópia (Wondimagegn et al., 2021), um no Brasil (Matos et al., 2022), um na Palestina (Sweity et al., 2022) e dois na Jordânia (Batiha, 2014; Rababa et al., 2021). Dos artigos abrangidos pela *scoping review*, 13 estão escritos em inglês e um em português. As publicações referem-se predominantemente a estudos primários, tendo também sido encontrados uma revisão sistemática e quatro revisões narrativas da literatura.

É importante mencionar que neste estudo foi escolhido intencionalmente o termo “fatores” tendo em consideração o seu carácter neutro, ou seja, sem carga negativa ou positiva associada, por se pretender, sem enviesar, incluir tanto barreiras como facilitadores na gestão da dor em UCI. Isto permitiu obter uma visão mais abrangente da temática em

estudo e a inclusão de literatura que evidencia os pontos fortes, as limitações e potenciais de melhoria.

Com base na extração de dados de cada um dos estudos incluídos (APÊNDICE VIII) foi criada uma tabela síntese de fatores que influenciam a gestão da dor em UCI, de forma a facilitar a sua leitura e que se apresenta em seguida (Tabela 2). À semelhança de diversos autores, considerou-se pertinente agrupar os vários fatores consoante a sua etiologia, nomeadamente fatores relacionados com o utente, com os profissionais de saúde e com a organização/sistema de saúde.

Tabela 2: Tabela síntese de fatores que influenciam a gestão de dor em UCI

Etiologia	Fatores que influenciam a gestão de dor em UCI
Relacionados com o utente	<ul style="list-style-type: none"> - Características individuais (Helms & Barone, 2008; Mukhopadhyay et al., 2017) - Atitudes, crenças pessoais e culturais (Batiha, 2014; Wang & Tsai, 2010) - Conhecimento sobre gestão da dor (Sweity et al., 2022) - Antecedentes pessoais (Rababa et al., 2021) - Complexidade da situação de doença (Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021) - Estado de consciência (Dehghani et al., 2018; Helms & Barone, 2008; Nordness et al., 2021; Wang & Tsai, 2010) - Comunicação com o profissional de saúde (Nordness et al., 2021; Pasero et al., 2009) - Suporte familiar (American Association of Critical Care Nurses, 2018)
Relacionados com os profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Características individuais (Sweity et al., 2022; Tarigopula et al., 2014) - Atitudes, crenças e preconceitos pessoais e culturais (Deldar et al., 2018; Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021; Sweity et al., 2022) - Classe profissional (Matos et al., 2022) - Grau académico (Matos et al., 2022; Sweity et al., 2022; Wang & Tsai, 2010; Wondimagegn et al., 2021) - Conhecimento sobre gestão da dor (Batiha, 2014; Helms & Barone, 2008; Matos et al., 2022; Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021; Sweity et al., 2022; Wang & Tsai, 2010; Wondimagegn et al., 2021) - Educação e formação específica em gestão da dor (Sweity et al., 2022; Tarigopula et al., 2014) - Experiência profissional (Deldar et al., 2018; Rababa et al., 2021; Sweity et al., 2022; Tarigopula et al., 2014) - Instrumentos de avaliação da dor (American Association of Critical Care Nurses, 2018; Batiha, 2014; Dehghani et al., 2018; Deldar et al., 2018; Helms & Barone, 2008; Mukhopadhyay et al., 2017; Nordness et al., 2021; Rababa et al., 2021; Wang & Tsai, 2010; Wondimagegn et al., 2021) - Gestão de prioridades (Batiha, 2014; Pasero et al., 2009) - Técnicas e procedimentos associados aos cuidados (Mukhopadhyay et al., 2017; Nordness et al., 2021) - Prescrição médica (Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021; Sweity et al., 2022) - Intervenções farmacológicas (Helms & Barone, 2008; Pasero et al., 2009; Wondimagegn et al., 2021)

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções não farmacológicas (Dehghani et al., 2018; Helms & Barone, 2008; Pasero et al., 2009) - Comunicação com o utente (Deldar et al., 2018; Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021) - Comunicação entre profissionais de saúde (Batiha, 2014; Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021) - Trabalho em equipa (Batiha, 2014; Sweity et al., 2022) - Registos clínicos (Dehghani et al., 2018; Mukhopadhyay et al., 2017; Rababa et al., 2021; Wondimagegn et al., 2021)
<p>Relacionados com a organização/sistema de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plano curricular na formação de base (Deldar et al., 2018) - Diretrizes e/ou protocolos sobre gestão da dor (American Association of Critical Care Nurses, 2018; Batiha, 2014; Dehghani et al., 2018; Deldar et al., 2018; Helms & Barone, 2008; Matos et al., 2022; Nordness et al., 2021; Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021; Wondimagegn et al., 2021) - Programas de formação contínua e treino na gestão da dor (American Association of Critical Care Nurses, 2018; Batiha, 2014; Deldar et al., 2018; Helms & Barone, 2008; Matos et al., 2022; Rababa et al., 2021; Sweity et al., 2022; Tarigopula et al., 2014; Wang & Tsai, 2010; Wondimagegn et al., 2021) - Autonomia profissional (Batiha, 2014; Rababa et al., 2021; Wang & Tsai, 2010) - Responsabilização pela gestão da dor (Matos et al., 2022; Pasero et al., 2009) - Monitorização da qualidade (Pasero et al., 2009) - Ambiente de prestação de cuidados (Rababa et al., 2021) - Número insuficiente de profissionais (Batiha, 2014; Rababa et al., 2021) - Rácio enfermeiro/utente (Batiha, 2014; Deldar et al., 2018; Rababa et al., 2021) - Carga de trabalho (Deldar et al., 2018; Rababa et al., 2021) - Controlo de consumo de estupefacientes (Batiha, 2014; Sweity et al., 2022) - Apoio psicológico (Batiha, 2014) - Contexto de trabalho (Rababa et al., 2021; Wang & Tsai, 2010) - Recomendações emanadas por sociedades científicas e entidades competentes (Nordness et al., 2021)

8. Discussão

A análise da evidência encontrada revelou que muitos dos estudos sobre os fatores que influenciam a gestão da dor são realizados com enfermeiros. Este aspeto demonstra a importância que a equipa de enfermagem assume neste domínio, uma vez que em UCI os enfermeiros destacam-se das outras categorias profissionais por serem os elementos responsáveis pelos cuidados diretos e contínuos aos utentes (Batiha, 2014; Deldar et al., 2018; Matos et al., 2022; Sweity et al., 2022; Wang & Tsai, 2010; Wondimagegn et al., 2021). A OE releva o papel fundamental dos enfermeiros na gestão da dor, afirmando que a negação ou desvalorização da dor do “Outro” é um erro ético, bem como uma lacuna na procura da excelência do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Em cuidados intensivos, as intervenções com intuito de salvar a vida e estabilizar as condições hemodinâmicas e respiratórias são naturalmente primordiais e envolvem técnicas e procedimentos específicos associados a cuidados que estão inerentes a experiências de dor (Nordness et al., 2021).

As publicações incluídas nesta *scoping review* apontam para múltiplos fatores que influenciam a gestão da dor em UCI, sendo que há uma grande concordância entre os autores. O conhecimento dos profissionais de saúde é um dos fatores mais reconhecido nos vários artigos, que apontam o défice de conhecimentos como uma barreira na gestão da dor, nomeadamente ao nível da fisiologia da dor (Helms & Barone, 2008), dos princípios de avaliação da dor (Batiha, 2014; Matos et al., 2022; Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021; Sweity et al., 2022), das medidas farmacológicas (Batiha, 2014; Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021; Wang & Tsai, 2010) e das medidas não farmacológicas (Rababa et al., 2021). Não obstante, o estudo realizado por Wondimagegn et al. (2021) revelou que o conhecimento na gestão da dor, na amostra de enfermeiros estudada, obteve uma pontuação acima da média, apesar de 50% dos entrevistados ter menos de dois anos de experiência. Também a publicação de Matos et al. (2022) afirma que ao nível das medidas farmacológicas e instrumentos para avaliar a dor, o conhecimento dos enfermeiros é positivo. Por outro lado, o estudo realizado por Wang & Tsai (2010) concluiu que os enfermeiros não têm perceção da efetiva falta de conhecimento sobre a dor. Descreve ainda que os enfermeiros com maior grau académico são os que apresentam mais conhecimentos, facto corroborado pelos estudos de Sweity et al. (2022) e Wondimagegn et al., (2021).

Ainda no domínio do conhecimento, Wang & Tsai (2010) relatam que os enfermeiros que trabalham numa UCI do foro cirúrgico apresentam mais conhecimentos sobre a dor do

que aqueles que trabalham numa UCI do foro médico e que os enfermeiros que trabalham em hospitais centrais têm mais conhecimentos que os enfermeiros que trabalham em hospitais regionais.

Esta variação do nível de conhecimentos constatado nos estudos é facilmente compreensível, dadas as diferenças na formação e preparação dos profissionais nos diversos países em que se inserem os estudos assim como as realidades de trabalho. Independentemente desta diferença de resultados, a revisão sistemática de Rababa et al. (2021) indica que todos os estudos reforçam que a melhoria do conhecimento conduz a uma maior compreensão, interpretação e gestão da dor.

Neste seguimento, a educação e a formação específica em gestão da dor dos profissionais de saúde são fatores determinantes para assegurar a atualização dos conhecimentos e conseqüentemente possibilitar melhor controlo da dor da pessoa em situação crítica. Deldar et al. (2018) no seu estudo verificaram que o curso de Enfermagem não proporcionou conhecimento sobre a avaliação da dor e que os enfermeiros relataram que não lhes foi proporcionada formação e treino adequados sobre instrumentos de monitorização da dor, tanto na escola como no hospital. Efetivamente, as instituições de ensino devem também garantir que os planos curriculares contemplam de forma efetiva a dor e a sua gestão na formação de base dos profissionais de saúde (Deldar et al., 2018).

Por sua vez, a formação disponibilizada pelas instituições de saúde é apontada por vários autores como insuficiente (Matos et al., 2022; Rababa et al., 2021; Wang & Tsai, 2010), contra apenas um estudo isolado em que a formação foi considerada adequada (Tarigopula et al., 2014). Com efeito, as instituições e o sistema de saúde têm responsabilidade na disponibilização de programas de formação contínua e treino dos seus profissionais, nomeadamente sobre sintomas de dor, avaliação da dor, mecanismos de analgesia, efeitos secundários dos medicamentos para a dor e medidas não farmacológicas (Batiha, 2014). Os autores assinalam a formação e o treino como importantes fatores potenciadores do conhecimento (Wondimagegn et al., 2021) e dos quais resulta uma melhor gestão da dor em UCI (Sweity et al., 2022).

Sendo a dor uma vivência individual e como tal subjetiva, também as características individuais do utente, como a idade e o género, são destacadas como fator que influencia a experiência de dor em UCI. Por exemplo, Helms & Barone (2008) na revisão realizada afirmam que as mulheres relatam dor com maior frequência do que os homens e apresentam limiares e tolerância mais baixos a estímulos dolorosos. Destacam também que os utentes mais idosos podem descrever a sua dor de forma diferente dos mais jovens, respondem mais lentamente à dor e que não existe evidência do que a intensidade da dor diminua com a

idade. Mukhopadhyay et al. (2017) exploraram os efeitos dos fatores individuais nas doses de sedativos e analgésicos comuns em UCI e concluíram, por exemplo, que a dose de fentanil administrada em utentes com idade igual ou superior a 75 anos foi maior do que em utentes com menos de 55 de anos, embora apresentem como limitação o facto de terem apenas estudado este analgésico.

Os estudos sugerem que as crenças pessoais e culturais interferem igualmente na atitude do utente perante a dor, tendo sido descrita por Batiha (2014) a relutância no relato da dor por preocupação com a perturbação dos profissionais de saúde e por medo de dependência e dos efeitos secundários dos fármacos. Também o desconhecimento sobre controlo da dor por parte dos utentes é reportado por Sweity et al. (2022) por intensificar os medos e crenças pré-existentes. Já Wang & Tsai (2010) relatam o efeito da cultura chinesa no tratamento da dor da PSC ao serem privilegiados os desejos da família sobre as necessidades do utente, rejeitando por exemplo o uso de analgésicos.

Em contexto de cuidados intensivos, a própria complexidade da situação de doença do utente, muitas vezes envolvendo alteração do estado de consciência, impõe uma barreira na comunicação entre utente e profissional de saúde. Rababa et al. (2021) sugerem que determinados antecedentes pessoais como alcoolismo, abuso de outras de substâncias e tentativa de suicídio agravam esta condicionante.

A comunicação é apresentada pelos investigadores como a principal barreira relacionada com o utente e com os profissionais de saúde na gestão da dor da PSC por estar comprometida. Em realidades específicas estão também descritas dificuldades de comunicação com minorias, sendo a barreira linguística e a dificuldade de interpretação de sinais de dor, expressões e respostas comportamentais vistas como limitantes no processo de comunicação entre utente e profissionais de saúde (Pasero et al., 2009).

Apesar de o autorrelato da dor ser a forma privilegiada para avaliar a dor e como tal uma condição facilitadora no processo de gestão da dor, a alteração do estado de consciência e a dificuldade de comunicação por parte dos utentes podem dificultar este processo, pelo que se torna essencial utilizar instrumentos de avaliação de dor validados em UCI.

A grande maioria das publicações consideradas nesta *scoping review* denota a importância de recorrer a instrumentos de avaliação da dor no contexto de UCI. Em 2010, Wang & Tsai relatavam a inexistência de instrumentos de avaliação da dor validados e adequados ao utente incapaz de comunicar. Porém, volvida uma década, Nordness et al. (2021) reconhecem os avanços no desenvolvimento e validação de múltiplos instrumentos de avaliação da dor, apontando no entanto para uma diminuta utilização desses instrumentos, vendo como necessária uma adequação da sua utilização na prática. Por sua

vez, a *American Association of Critical Care Nurses* (2018) atribui particular importância ao treino na utilização de instrumentos para a avaliação da dor.

Já existem alguns estudos que relatam uma boa utilização dos instrumentos de avaliação da dor (Wondimagegn et al., 2021) e que permitem alcançar o controlo da dor em doentes que não se conseguem expressar (Dehghani et al., 2018). No entanto, em muitas realidades existem ainda múltiplos entraves à utilização destas ferramentas por parte dos profissionais, estando descritas a descrença na necessidade de avaliar a dor em doentes sedados e com alteração do estado de consciência, questionando a eficácia da utilização de escalas (Deldar et al., 2018; Rababa et al., 2021). Rababa et al. (2021) acrescentam o recurso errado à utilização de sinais vitais e comportamentos do utente como sinais objetivos de dor, em detrimento da utilização de ferramentas de avaliação. Neste contexto, a família/pessoa significativa pode surgir como fator facilitador na interpretação de sinais de dor do doente inconsciente, em complemento à aplicação de escalas comportamentais de avaliação da dor (American Association of Critical Care Nurses, 2018).

O contexto de trabalho parece também influenciar o nível de conhecimentos e o recurso a instrumentos de avaliação da dor, sendo que Wang & Tsai (2010) referem que os enfermeiros da sua amostra que trabalhavam em hospitais centrais detinham mais conhecimentos do que aqueles que trabalhavam em hospitais regionais. Rababa et al. (2021) remete para um estudo que afirma que os profissionais dos hospitais privados e do estado recorrem menos a instrumentos de avaliação da dor do que nos hospitais universitários.

Dois estudos referem também como importante barreira organizacional o controlo rigoroso do consumo de opiáceos (Batiha, 2014; Sweity et al., 2022), embora este constrangimento esteja associado à regulamentação e distribuição controlada de estupefacientes inerente aos países a que os estudos se referem, não sendo uma realidade generalizada.

As sociedades científicas têm emanado recomendações sobre a gestão da dor do doente crítico, devendo estas ser disseminadas pelas entidades competentes do sistema de saúde, fator promotor de boas práticas. Por consequência, as organizações de saúde devem produzir, implementar e atualizar diretrizes e protocolos sobre gestão da dor para orientar os seus profissionais de saúde na consecução de melhores resultados no controlo da dor dos utentes.

Vários dos artigos incluídos mencionam a necessidade de elaboração de diretrizes e protocolos que integrem instrumentos de avaliação da dor e medidas farmacológicas e não farmacológicas (American Association of Critical Care Nurses, 2018), no sentido de fomentar o conhecimento dos profissionais e melhorar a avaliação sistemática e o tratamento da dor (Deldar et al., 2018). Wondimagegn et al. (2021) reconhecem a utilização de protocolos pela maioria dos enfermeiros da amostra estudada, concluindo que esta permite fazer um uso

mais eficiente das ferramentas de avaliação da dor, tornando estes profissionais mais capazes e responsáveis face ao doente crítico. A publicação de Nordness et al. (2021) sugere que a implementação e a adesão a protocolos padronizados na gestão da dor está associada a um controlo farmacológico mais eficiente, com recurso a menor quantidade de analgésicos e melhoria na intensidade da dor autorrelatada. Dehghani et al. (2018) corrobora esta ideia ao afirmar que a implementação de um protocolo de gestão da dor em utentes inconscientes internados em UCI conduz a uma avaliação sistemática da dor e a um controlo da dor mais eficaz, reduzindo a sua intensidade.

Como fatores relacionados com a organização que interferem com a gestão da dor são também apontados a precariedade do ambiente de trabalho (Rababa et al., 2021) e o número insuficiente de profissionais, que acarreta uma maior carga de trabalho, associada a um rácio enfermeiro/utente desadequado (Batiha, 2014; Deldar et al., 2018; Rababa et al., 2021).

Batiha (2014) e Rababa et al. (2021) referem que a falta de autonomia dos enfermeiros é uma outra variável que afeta a gestão da dor devido à dependência de prescrição médica para administrar fármacos. Já Wang & Tsai (2010) tinham descrito no seu estudo que o facto de os médicos concentrarem a sua intervenção na doença *per se* conduzia a um atraso no tratamento da dor e que aumentar as competências dos enfermeiros na gestão da dor pode melhorar a prestação de cuidados.

Pasero et al. (2009) identificaram na sua revisão da literatura outras duas barreiras na gestão da dor, intimamente relacionadas, que são a monitorização inadequada da melhoria da qualidade e a falta de responsabilização pela má gestão da dor. Recentemente, Matos et al. (2022), numa revisão realizada no Brasil, indicam que existe um maior grau de conhecimento dos enfermeiros que exercem funções nos hospitais privados, que associam a causa provável o facto de os serviços privados aplicarem mais protocolos de gestão de dor e conseqüente monitorização dos resultados, inclusive com penalização dos profissionais. Apesar desta medida ser eticamente questionável, é certo que algum nível de responsabilização dos profissionais pelas suas intervenções estimula à melhoria.

À semelhança do descrito relativamente às características individuais dos utentes, também os profissionais têm variáveis pessoais que interferem na sua intervenção junto da pessoa com dor em UCI. Tarigopula et al. (2014) realizaram um estudo prospetivo para avaliar o efeito das características pessoais dos profissionais de saúde sobre como gerem a dor em UCI, concluindo que a idade, raça, etnia e religião podem influenciar a intervenção profissional no âmbito da dor. De igual modo, determinadas atitudes, crenças e preconceitos pessoais e culturais impedem uma abordagem isenta ao utente com dor (Deldar et al., 2018). Sweity et al. (2022) descrevem o exemplo dos enfermeiros, incluídos no seu estudo, que apresentavam atitudes negativas, nomeadamente assumir que os utentes conseguiam

dormir independentemente da intensidade da dor, apesar de afirmarem que o utente é o melhor “juíz” na avaliação da intensidade da dor. Outro exemplo que consta na revisão de Rababa et al. (2021) é a descrição de que alguns enfermeiros tendem a encorajar os utentes a suportar a dor máxima antes de administrar analgesia e que acreditam que os utentes com dor máxima não podem ser distraídos.

A experiência profissional constitui outro atributo que parece favorecer a abordagem dos profissionais de saúde no que diz respeito aos cuidados ao doente crítico com dor. Deldar et al. (2018) exemplifica o facto de os enfermeiros com menor experiência estarem mais focados em desenvolver competências na manipulação dos equipamentos de UCI, bem como na realização de técnicas e procedimentos, em prejuízo da avaliação e tratamento da dor. Também a falta de experiência dos médicos mais novos é preditiva de maiores dificuldades no controlo da dor (Rababa et al., 2021). Apesar de no estudo de Wang & Tsai (2010) a experiência dos enfermeiros não ter uma correlação significativa com o seu conhecimento, Sweity et al. (2022) infere que à medida que a idade e a experiência do profissional aumentam existem melhores resultados no controlo da dor.

Tal como exposto anteriormente, várias publicações englobadas por esta *scoping review* refletem a perceção dos enfermeiros sobre as barreiras e os facilitadores na gestão da dor nas UCI, sendo comum a afirmação de que as prescrições médicas estão com frequência na base de um mau controlo da dor. Isto porque fazem alusão a alguma relutância da equipa médica em prescrever analgesia apropriada e ajustada aos resultados da avaliação da dor (Pasero et al., 2009; Rababa et al., 2021).

É de salientar que as medidas farmacológicas devem ser integradas nos protocolos de gestão da dor em associação com não farmacológicas, na medida em que esta complementaridade é descrita como um fator facilitador na redução efetiva da dor (Dehghani et al., 2018).

Para que se fomente um ambiente de prestação de cuidados de qualidade é importante que a comunicação entre profissionais de saúde seja eficaz. Todavia, a falta de comunicação entre médicos e enfermeiros é descrita como uma barreira relevante na gestão da dor (Batiha, 2014; Pasero et al., 2009). Batiha (2014) especifica a falta de confiança dos médicos na avaliação da dor realizada por enfermeiros e como esta afeta negativamente o processo de comunicação e em consequência o tratamento da dor. Anteriormente, Pasero et al. (2009) também descreveram a falha na comunicação entre médicos e enfermeiros na avaliação da dor do utente.

Estas falhas devem ser corrigidas, pois o trabalho em equipa deve assentar numa boa comunicação entre os profissionais, na medida em que a discussão e a construção conjunta de um plano de gestão da dor permitem melhores resultados e qualidade no tratamento do doente crítico com dor (Batiha, 2014; Rababa et al., 2021; Sweity et al., 2022).

Por fim, destacar que deve ser contrariada a falta de registos da dor, identificada por Rababa et al. (2021), pois a documentação do trabalho dos profissionais através do seu registo em sistemas de informação próprios reveste-se de um papel fundamental quer para a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados como também para a produção de indicadores e futura investigação.

9. Conclusões e Recomendações

A atual *scoping review* oferece uma visão abrangente dos fatores que influenciam a gestão da dor em UCI. Ao analisar uma ampla variedade de fontes de pesquisa foi possível identificar diversos elementos-chave que estão inter-relacionados e desempenham um papel significativo na abordagem da dor em ambientes críticos de cuidados de saúde.

As descobertas destacam a complexidade da gestão da dor em UCI, que vai além do simples uso de fármacos. Fatores como a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os utentes, a aplicação de instrumentos de avaliação, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, o recurso a protocolos e a formação surgem como elementos essenciais para proporcionar adequada atenção à gestão eficaz da dor.

Esta revisão destaca a necessidade de abordagens multidisciplinares e holísticas para a gestão da dor em UCI, bem como a importância de adaptar estratégias na prestação de cuidados que considerem a individualidade de cada utente.

Importa ainda referir as limitações na realização deste estudo. A restrição dos idiomas dos artigos (inglês, português e espanhol) pelo facto dos investigadores apenas terem domínio destes idiomas, pode ter condicionado a obtenção de outras contribuições úteis para a revisão. Também o recurso apenas a bases de dados de acesso gratuito poderá ter excluído publicações relevantes. Por outro lado, existe também a hipótese de terem sido excluídos artigos pela seleção dos termos de indexação e palavras-chave definidas na estratégia de pesquisa implementada.

Além disso, o facto de não existir nenhum estudo europeu passível de ser incluído nesta *scoping review* pela metodologia definida, levanta uma oportunidade para pesquisas subsequentes.

Os resultados desta revisão estabelecem um ponto de partida para futuras investigações que possam explorar soluções para as barreiras descritas e promover os fatores facilitadores das boas práticas na eficaz gestão da dor em UCI.

10. Considerações Éticas, Conflitos e Reconhecimentos

Na elaboração desta *scoping review* os investigadores respeitaram a integridade intelectual dos vários autores, fazendo a correta referência dos mesmos no desenvolvimento do estudo. As referências bibliográficas referentes aos autores citados encontram-se na parte final deste trabalho.

A elaboração deste estudo é da responsabilidade dos investigadores, no entanto, uma vez que o estudo realizado contribui para a obtenção grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, do investigador principal, a mesma foi revista pelo seu orientador.

O investigadores declaram não ter qualquer conflito de interesses no desenvolvimento desta *scoping review*, mais informam que não houve qualquer financiamento para a elaboração da mesma.

Uma vez que o estudo realizado conduziu à identificação de múltiplos fatores que influenciam a gestão da em UCI, surge a necessidade de divulgar e partilhar os resultados com a comunidade científica. Desta forma, os investigadores ponderam o desenvolvimento e publicação de um artigo sobre os resultados encontrados. Está ainda previsto a disseminação científica dos resultados do estudo, através da participação, sob a forma de póster ou comunicação oral, num evento científico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório reflete o resultado de um percurso de aprendizagem, crescimento e aprofundamento das competências necessárias para me tornar mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ao longo deste percurso foram explorados e desenvolvidos conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais para a prestação de cuidados a utentes em situação crítica, com uma atenção especial à gestão da dor em unidades de cuidados intensivos.

A primeira componente deste relatório focou a importância do desenvolvimento de competências específicas na área de enfermagem à PSC. A aquisição dessas competências, incluindo o domínio da avaliação clínica, a tomada de decisão eficaz e com base na PBE, a habilidade de comunicar eficazmente com utentes e família, bem como a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar são aspetos cruciais para garantir cuidados de qualidade à PSC. A constante procura pela melhoria e atualização dessas competências é essencial para o avanço da prática de enfermagem avançada, bem como para garantir o bem-estar dos utentes que estão sob nossa responsabilidade.

A segunda componente deste trabalho concentrou-se numa revisão da literatura, uma *scoping review*, sobre os fatores que influenciam a gestão da dor em UCI. A revisão demonstrou a complexidade da gestão da dor, com vários fatores inter-relacionados, incluindo a comunicação entre profissionais de saúde e utentes, a utilização de instrumentos de avaliação, o recurso a protocolos e a formação. Os resultados reforçam a importância de um enfoque interdisciplinar e holístico na abordagem à pessoa com dor em cuidados intensivos.

Desta forma, importa referir que à medida que se aprofunda o conhecimento na vertente de enfermagem à PSC é imperativo manter um compromisso constante com a excelência na prática clínica, na investigação e na educação. Somente por meio do contínuo desenvolvimento de competências e da procura pela inovação na gestão da dor, poderemos garantir cuidados de qualidade à PSC e contribuir para a evolução da Enfermagem, com corpo de conhecimentos específicos, e como ciência e disciplina.

Em suma, este relatório representa uma caminhada no crescimento pessoal e profissional e serve de estímulo para a procura persistente da melhor evidência científica com vista à melhoria contínua na prática de enfermagem à PSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Baker, N. N., AbuAlrub, S., Obeidat, R. F., & Assmaïran, K. (2021). Evidence-based practice beliefs and implementations: A cross-sectional study among undergraduate nursing students. *BMC Nursing*, 20(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00522-x>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidade de cuidados intensivos RT 09/2013*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Alotni, M., Guilhermino, M., Duff, J., & Sim, J. (2023). Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: An integrative review. *Australian Critical Care*, 36(5), 855–862. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.002>
- Alshammari, M., Velloikaliam, C., & Alfeeli, S. (2022). Perception of other healthcare professionals about the nurses' role and competencies in veno-venous extracorporeal membrane oxygenation care: A qualitative study. *Nursing Open*, 9(2), 996–1004. <https://doi.org/10.1002/nop2.1137>
- Alsharari, A. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Preference and Adherence*, 13, 465–473. <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>
- Alvim, A. L., & Couto, B. (2019). Hand hygiene sound alert: It is a good tool to improve compliance? *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 9(3). <https://doi.org/10.17058/reci.v9i3.13209>
- American Academy of Nursing. (2014). American academy of nursing: Improving health and health care systems with advanced practice registered nurse practice in acute and critical care settings. *Nursing Outlook*, 62(5), 366–370. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.07.003>
- American Association of Critical Care Nurses. (2018). Assessing pain in critically ill adults. *Critical Care Nurse*, 38(6), e13–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2018781>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2023). *Augmentative and alternative communication*. https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/#collapse_1
- Asadi-Noghabi, A.-A., Gholizadeh, M., Zolfaghari, M., Mehran, A., & Sohrabi, M. (2015). Nurses use of critical care pain observational tool in patients with low consciousness. *Oman Medical Journal*, 30(4), 276–282. <https://doi.org/10.5001/omj.2015.55>
- Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares. (2022). *Manual da Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares sobre antimicrobianos*. <https://www.apfh.pt/ManualAPFHAntimicrobianos/>
- Aviso n.º 4511/2021 de 11 de março (2021). Programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista nas áreas de Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República 2.ª série, n.º 46, Parte E (11-03-2021) (142-162)*
- Baldwin, C., Schultz, A., Melnyk, B., & Rycroft-Malone, J. (2012). *Evidence-based practice* (pp. 797–814).
- Batiha, A.-M. M. (2014). Pain management barriers in critical care units: A qualitative study. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 3(1), 1–5. <https://doi.org/10.14419/ijans.v3i1.1494>

- Batra, A., & Balaji, S. (2008). Post operative temporary epicardial pacing: When, how and why? *Annals of Pediatric Cardiology*, 1(2), 120. <https://doi.org/10.4103/0974-2069.43877>
- Beesley, S. J., & Brown, S. M. (2020). Family involvement in ICU. In R. C. Hyzy & J. McSparron (Eds.), *Evidence-Based Critical Care* (pp. 805–812). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26710-0_108
- Blot, S., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehounne, K., Poulakou, G., Luyt, C.-E., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Povoas, P., Bouadma, L., Timsit, J.-F., & Zahar, J.-R. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103227. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>
- Bruyneel, A., Tack, J., Droguet, M., Maes, J., Wittebole, X., Miranda, D. R., & Pierdomenico, L. D. (2019). Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score: A prospective study in 16 hospitals in Belgium. *Journal of Critical Care*, 54, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.08.032>
- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2023a). *Relatório & Contas 2022*. https://portal-chsj.min-saude.pt/portalchsj/uploads/document/file/975/R_C_2022.pdf
- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2023b). *Centros de Referência*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/258>
- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2023c). *Medicina Intensiva 6*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/1151>
- Chaghari, M., Saffari, M., Ebadi, A., & Ameryoun, A. (2017). Empowering education: A new model for in-service training of nursing staff. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 5(1), 26–32.
- Chaica, V., Pontífice-Sousa, P., & Marques, R. (2020). Abordagem de enfermagem à pessoa em situação crítica submetida a oxigenação por membrana extracorporeal: Scoping review. *Enfermería Global*, 19(3), 507–546. <https://doi.org/10.6018/eglobal.395701>
- Choinière, M., Watt-Watson, J., Victor, J. C., Baskett, R. J. F., Bussières, J. S., Carrier, M., Cogan, J., Costello, J., Feindel, C., Guertin, M.-C., Racine, M., & Taillefer, M.-C. (2014). Prevalence of and risk factors for persistent postoperative nonanginal pain after cardiac surgery: A 2-year prospective multicentre study. *Canadian Medical Association Journal*, 186(7), e213–e223. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131012>
- Coates, M., Magboo, R., Paoloni, D., Oscier, C., & Buerge, M. (2022). Implementing epicardial pacing safety check protocols in a cardiothoracic ITU. *British Journal of Anaesthesia*, 128(3), e258. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.12.031>
- Correia, A. R., Manso, M., Jr, R. R.-A., Oliveira, G., Silva, C., Cruz, F., & Antunes-Lopes, T. (2019). Doação de rins após paragem cardiocirculatória: O papel da oxigenação por membrana extracorporeal. *Acta Urológica Portuguesa*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:81069508>
- Costa, M., Mendes, T., Amorim, V., Cordeiro, R., Calha, A. (2021). Utilização da norma de transição de cuidados para a qualidade da passagem de turno em enfermagem. *Sinais Vitais: A Enfermagem em Revista*, (133), 47-58.
- Damico, V., Macchi, G., & Murano, L. (2020). Incidence of pain at rest and during nursing procedures in ICU patients: A longitudinal observational study. *Annali Di Igiene Medicina Preventiva e Di Comunità*, 4, 407–408. <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2364>
- David, C.-H., Mirabel, A., Jehanno, A.-C., & Lebreton, G. (2017). ECMO: Definitions and principles. In C. Mossadegh & A. Combes (Eds.), *Nursing Care and ECMO* (pp. 3–10). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-20101-6_1
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit:

- American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605–622. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
- Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos enfermeiros, aprovado pelo decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril. Diário da República 2.ª série, n.º 181 (16-09-2015) (8059-8105)
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República 1.ª série, n.º 157 (16-08-2018) (4147-4182)
- Dehghani, Z., Keikhaei, A., Yaghoubinia, F., Keykha, A., & Khoshfetrat, M. (2018). Impact of pain management algorithm on pain intensity of patients with loss of consciousness hospitalized in intensive care unit: A clinical trial. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 7(4), 1–7. <https://doi.org/10.5812/msnj.90274>
- Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: A qualitative study. *BMC Nursing*, 17, 1–1. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0281-3>
- Delgado, S. A. (2020). CE: Managing pain in critically ill adults: A holistic approach. *American Journal of Nursing*, 120(5), 34–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000662808.81949.d6>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Ministério da Saúde. Diário da República 2.ª série, n.º 102 (27-05-2015) (13550-13553)
- Despotovic, A., Milosevic, B., Milosevic, I., Mitrovic, N., Cirkovic, A., Jovanovic, S., & Stevanovic, G. (2020). Hospital-acquired infections in the adult intensive care unit—Epidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality. *American Journal of Infection Control*, 48(10), 1211–1215. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.01.009>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>
- Dias, T. M. L. M., & Leão, A. M. P. B. (2023). Factors influencing pain management in intensive care units: A scoping review protocol. *Open Science Framework*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/5PNYF>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Ministério da Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos: Relatório*. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/relatorios/relatorio-ppcira-estrategia-multimodal-1.aspx>
- Elaziz, M. E. A., & Allama, A. M. (2018). Temporary epicardial pacing after valve replacement: Incidence and predictors. *The Heart Surgery Forum*, 21(1), 049. <https://doi.org/10.1532/hfsf.1853>
- Enevoldsen, M. S., Nielsen, P. H., & Hasenkam, J. M. (2022). Risk and benefits of temporary pacemaker electrodes in adult open-heart surgery—A systematic review. *The Cardiothoracic Surgeon*, 30(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s43057-021-00064-1>
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). Supervised internship in undergraduate education in nursing: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1740–1750. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Santos, M. R. (2019). Clinical supervision and preceptorship/tutorship: Contributions to the Supervised Curricular Internship in Nursing Education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1730–1735. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Annual Epidemiological Report for 2019*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-infections-intensive-care-units-annual-epidemiological-report-2019.pdf>
- Expósito, L. V., & Marañón, A. A. (2021). Needs and participation strategies proposed by the family in the daily care of the critically ill patient. *Enfermería Clínica*, 31(5), 294–302. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2020.10.010>
- Farčić, N., Barać, I., Plužarić, J., Ilakovac, V., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Lovrić, R. (2020). Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. *PLOS ONE*, 15(5), e0233435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233435>
- Fazzini, B., McGinley, A., & Stewart, C. (2023). A multidisciplinary safety briefing for acutely ill and deteriorating patients: A quality improvement project. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103331. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103331>
- Ferreira, M., Nogueira, A., & Ferreira, C. (Eds.). (2021). *Prevenção e controlo de infeção em cuidados de saúde*. Quântica Editora.
- Gélinas, C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.001>
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15(4), 420–427. <https://doi.org/10.4037/ajcc2006.15.4.420>
- Ghorbanzadeh, K., Ebadi, A., Hosseini, Ma., Madah, S., & Khankeh, Hr. (2022). Transition of patients from intensive care unit: A concept analysis. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 17, 100498. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100498>
- Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse*, 35(3), 33–41. <https://doi.org/10.4037/ccn2015440>
- Gundo, R., Feggie Bodole, F., Lengu, E., & Alfred Maluwa, A. (2014). Comparison of nurses' and families' perception of family needs in critical care unit at referral hospitals in Malawi. *Open Journal of Nursing*, 04(04), 312–320. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.44036>

- Haddeland, K., Marthinsen, G. N., Söderhamn, U., Flateland, S. M. T., & Moi, E. M. B. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 103195. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Helms, J. E., & Barone, C. P. (2008). Physiology and treatment of pain. *Critical care nurse*, 28(6), 38–49. PMID: 19047694
- Henriksen, K. F., Hansen, B. S., Wøien, H., & Tønnessen, S. (2021). The core qualities and competencies of the intensive and critical care nurse, a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4693–4710. <https://doi.org/10.1111/jan.15044>
- Henriques, C., Santos, P., & Frade, J. (2021). Enfermagem Avançada – Conceptualização através de Grupos Focais. In L. Fornari, E. S. Fernandes De Oliveira, C. Oliveira, B. M. Faria, J. Ribeiro, & E. D. F. R. Higa, *New Trends in Qualitative Research* (1.a ed., Vol. 8, pp. 138–144). Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144>
- Holm, A., Viftrup, A., Karlsson, V., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2020). Nurses’ communication with mechanically ventilated patients in the intensive care unit: Umbrella review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 2909–2920. <https://doi.org/10.1111/jan.14524>
- International Association for de Study of Pain. (2021b). *Pain Terms and Definitions*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- International Association for the Study of Pain. (2021a). *Access to Pain Management: Declaration of Montreal*. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>
- International Council of Nurses. (2006). *Safe staffing saves lives: Information and action tool kit*. International Council of Nurses.
- International Council of Nurses. (2012). *Closing the gap: From evidence to action: International Nurses Day 2012*. International Council of Nurses.
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing 2020*. https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- International Council of Nurses. (2022). *Nurses: A Voice to Lead*. https://2022.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2022/05/ICN_IND_Toolkit_2022-260422.pdf
- International Council of Nurses. (2023). *International Nurses Day 2023 report: Featuring ICN’s new Charter for Change*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_EN.pdf
- Jorge, N., Hipólito-Reis, I., Esteves, N., Costa, L., Mendonça, I., Oliveira, T., & Paiva, J. (2023). Family satisfaction with critical care: Before and after the covid-19 outbreak. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.33853>
- Jung, M., Park, H., Kang, D., Park, E., Jeon, K., Chung, C. R., Yang, J. H., Suh, G. Y., Guallar, E., Cho, J., & Cho, J. (2020). The effect of bed-to-nurse ratio on hospital mortality of critically ill children on mechanical ventilation: A nationwide population-based study. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00780-7>
- Jung, S., & Park, H. (2022). Factors influencing nursing professionalism on the nursing performance in intensive care unit nurses. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 29(4), 451–460. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2022.29.4.451>
- Kerbage, S. H., Garvey, L., Lambert, G. W., & Willetts, G. (2021). Pain assessment of the adult sedated and ventilated patients in the intensive care setting: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 104044. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104044>
- Kerr, H., & Rainey, D. (2021). Addressing the current challenges of adopting evidence-based practice in nursing. *British Journal of Nursing*, 30(16), 970–974. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.16.970>

- Kerr, H., Donovan, M., & McSorley, O. (2021). Evaluation of the role of the clinical Nurse Specialist in cancer care: An integrative literature review. *European Journal of Cancer Care*, 30(3). <https://doi.org/10.1111/ecc.13415>
- Khalil, N. S. (2018). Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Applied Nursing Research*, 44, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.001>
- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine*, 58, 102705. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102705>
- Kiavar, M., Azarfarin, R., Totonchi, Z., Tavakoli, F., Alizadehasl, A., & Teymouri, M. (2016). Comparison of two pain assessment tools, "Facial Expression" and "Critical Care Pain Observation Tool" in intubated patients after cardiac surgery. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.5812/aapm.33434>
- Kiely, N., O'Brien, F., & Mooney, M. (2020). Epicardial pacing wires after cardiac surgery: An Irish cross-sectional study. *British Journal of Nursing*, 29(8), 476–480. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.8.476>
- Klaess, C. C., Urton, M., Whitehead, P., Rosier, P. K., Burnie, J., & Michel, M. (2019). Pain management pillars for the clinical nurse specialist: Summary of National Association of Clinical Nurse Specialists opioid pain management Task Force. *Clinical Nurse Specialist*, 33(3), 136–145. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000449>
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: An integrative review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Volume 9, 537–546. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>
- Krakowski, J. C., Hallman, M. J., & Smeltz, A. M. (2021). Persistent pain after cardiac surgery: Prevention and management. *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 25(4), 289–300. <https://doi.org/10.1177/108925322111041320>
- Lazarescu, C., Mertes, P.-M., & Longrois, D. (2013). Entraînement électrosystolique épicaudique temporaire post-chirurgie cardiaque: Modalités pratiques. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 32(9), 592–601. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2013.07.805>
- Leutualy, V., Madiuw, D., Tasijawa, F. A., Sumah, D. F., Manuhutu, F., & Maelissa, S. (2022). Non-pharmacology interventions on pain in critically ill patient: A scoping review. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(F), 182–189. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.7985>
- Li, Y., Zhou, L., & Wei, Q. (2022). Value of intensive nursing detail management in intensive care unit nursing. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2022, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2022/9115639>
- Lopes, R., Castro, J., Nogueira, C., Braga, D., Gomes, J., Silva, R., & Brandão, M. (2019). Complications in immediate postoperative recovery from elective cardiac surgery: A cross-sectional study based on Roy's theory. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(22), 23–32. <https://doi.org/10.12707/RIV19042>
- Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Gélinas, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(6), 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>
- Martinho, C. I. F., & Rodrigues, I. T. R. M. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(2). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- Martorella, G. (2019). Characteristics of nonpharmacological interventions for pain management in the ICU: A scoping review. *AACN Advanced Critical Care*, 30(4), 388–397. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019281>

- Matos, W. D. V. D., Pacheco, M. D. A., Castilho, F. D. N. F. D., Arrais, D. J. D. L. A., Figueiredo Júnior, A. M. D., Rodrigues, W. C. C., Vera, S. O. D., Nascimento, J. H. S. D., Ribeiro, I. P., & Freitas, J. J. D. S. (2022). A percepção de enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva sobre o manejo e a avaliação da dor: Revisão narrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(5), e46511528498. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28498>
- Mazer, J., & Levy, M. M. (2016). Policies, bundles, and protocols in critical care (Vol. 1). *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/med/9780199600830.003.0017>
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (Fifth Edition). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final. Governo de Portugal*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Ministério da Saúde. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva. Governo de Portugal*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Saúde. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência: Medicina Intensiva. Governo de Portugal*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>
- Ministério da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. República Portuguesa*. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Modrykamien, A. M. (2019). Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 32(4), 534–537. <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1635413>
- Moghnieh, R., Al-Maani, A. S., Berro, J., Ibrahim, N., Attieh, R., Abdallah, D., Al-Ajmi, J., Hamdani, D., Abdulrazzaq, N., Omar, A., Al-Khawaja, S., Al-Abadla, R., Al-Ratrou, S., Gharaibeh, M., Abdelrahim, Z., Azrag, H., Amiri, K. M., Berry, A., Hagali, B., ... Zayed, B. (2023). Mapping of infection prevention and control education and training in some countries of the World Health Organization's Eastern Mediterranean Region: Current situation and future needs. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 12(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s13756-023-01299-9>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & for the PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, 339(1), e2535–e2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Monsalve, M. N., Pemmaraju, S. V., Thomas, G. W., Herman, T., Segre, A. M., & Polgreen, P. M. (2014). Do peer effects improve hand hygiene adherence among healthcare workers? *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 35(10), 1277–1285. <https://doi.org/10.1086/678068>
- Montezeli, J. H., Almeida, K. P. D., & Haddad, M. D. C. F. L. (2018). Percepções de enfermeiros acerca das habilidades sociais na gerência do cuidado sob a perspectiva da complexidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017048103391>
- Mororó, D. D. D. S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. D. C., Silva, C. M. B. D., & Menezes, R. M. P. D. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, Â., Gonçalves, C., Ribeiro, R., Sobreira, S., & Pereira, S. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem

- no serviço de urgência. *Millenium - Journal of Education, Technologies*, 269-279. <https://doi.org/10.29352/MILL0205E.29.00257>
- Mukhopadhyay, A., Tai, B. C., Remani, D., Phua, J., Cove, M. E., & Kowitlawakul, Y. (2017). Age related inverse dose relation of sedatives and analgesics in the intensive care unit. *PloS one*, 12(9), e0185212. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185212>
- Murray, M. and McCarthy, S. (2018), Review article: A systematic review of emergency department incident classification frameworks. *Emergency Medicine Australasia*, 30: 293-308. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12864>
- Naef, R., Filipovic, M., Jeitziner, M.-M., Von Felten, S., Safford, J., Riguzzi, M., & Rufer, M. (2022). A multicomponent family support intervention in intensive care units: Study protocol for a multicenter cluster-randomized trial (FICUS Trial). *Trials*, 23(1), 533. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06454-y>
- Nakamura, Y., Yoshinaga, N., Tanoue, H., Kato, S., Nakamura, S., Aoishi, K., & Shiraishi, Y. (2017). Development and evaluation of a modified brief assertiveness training for nurses in the workplace: A single-group feasibility study. *BMC Nursing*, 16(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0224-4>
- Nobahar, M., Ameri, M., & Goli, S. (2023). The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. *BMC Nursing*, 22(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01400-y>
- Nordness, M. F., Hayhurst, C. J., & Pandharipande, P. (2021). Current perspectives on the assessment and management of pain in the intensive care unit. *Journal of Pain Research*, 14, 1733–1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>
- Oliveira, L. M. N., Pina Queirós, P. J., & Vicente Castro, F. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(2), 143. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- Oliveira, P. E. P. de, Pereira, L. V., Santos, N. R., & Souza, L. A. F. (2016). A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.37309>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REP_E_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 10/2017: 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*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017c). *Parecer n.º 61/2017: Atribuição de Tempo para a Passagem de Turno. Conselho de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017d). *Parecer conjunto n.º 01/2017: Atribuição de Responsável de Turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 15/2018: Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional do Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Tomada de Posição: Gestão de cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23948/tomada-de-posi%C3%A7%C3%A3o-da-oe_gest%C3%A3o-de-cuidados-de-Enfermagem-em-unidades-da-rncci-e-erpi.pdf
- Papathanassoglou, E. D. E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L., & Kyprianou, T. (2018). Effects of an integrative nursing intervention on pain in critically ill patients: A pilot clinical trial. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 172–185. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018271>
- Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., Varkey, B., Gilbert, H. C., Medina, J., & Sessler, C. N. (2009). Structured Approaches to Pain Management in the ICU. *Chest*, 135(6), 1665–1672. <https://doi.org/10.1378/chest.08-2333>
- Pereira, F. P., Siqueira-Batista, R., & Schramm, F. R. (2021). Internação em terapia intensiva: Aspectos éticos da tomada de decisão. *Revista Bioética*, 29(1), 36–43. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291444>
- Peres, A., Freitas, L., Calixto, R., Riera Pdi, J., & Quiles, A. (2013). Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), 153–160. <https://doi.org/10.12707/RIII1257>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phillips, M. L., Kuruvilla, V., & Bailey, M. (2019). Implementation of the Critical Care Pain Observation Tool increases the frequency of pain assessment for noncommunicative ICU patients. *Australian Critical Care*, 32(5), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.08.007>
- Pillai, A. K., Bhatti, Z., Bosserman, A. J., Mathew, M. C., Vaidehi, K., & Kalva, S. P. (2018). Management of vascular complications of extra-corporeal membrane oxygenation. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 8(3), 372–377. <https://doi.org/10.21037/cdt.2018.01.11>
- Pina, S., Canellas, M., Prazeres, R., Lopes, J., Marcelino, T., Reis, D., & Ferrito, C. (2020). Augmentative and alternative communication in ventilated patients: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), e20190562. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0562>

- Pinheiro, A. R. P. de Q., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pinho, J. A. (Ed.). (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (1. edição). Lidel.
- Poghosyan, L., & Maier, C. B. (2022). Advanced practice nurses globally: Responding to health challenges, improving outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 132, 104262. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104262>
- Portaria n.º 194/2014 de 30 de setembro (2014). Ministério da Saúde. Diário da República 1.ª série, n.º 188 (30-09-2014) (5103-5108)
- Rababa, M., Al-Sabbah, S., & Abu Zahra, T. (2023). Importance of pain assessment, documentation, and education among nurses caring for critically ill patients: A cross-sectional study. *Electronic Journal of General Medicine*, 20(5), e510. <https://doi.org/10.29333/ejgm/13292>
- Rababa, M., Al-Sabbah, S., & Hayajneh, A. A. (2021). Nurses' perceived barriers to and facilitators of pain assessment and management in critical care patients: A systematic review. *Journal of Pain Research*, 14, 3475–3491. <https://doi.org/10.2147/JPR.S332423>
- Raeissi, P., Zandian, H., Mirzarahimy, T., Delavari, S., Zahirian Moghadam, T., & Rahimi, G. (2019). Relationship between communication skills and emotional intelligence among nurses. *Nursing Management*, 26(2), 31–35. <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1820>
- Rafiq, S., Steinbrüchel, D. A., Wanscher, M. J., Andersen, L. W., Navne, A., Lilleoer, N. B., & Olsen, P. S. (2014). Multimodal analgesia versus traditional opiate based analgesia after cardiac surgery, a randomized controlled trial. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 9(1), 52. <https://doi.org/10.1186/1749-8090-9-52>
- Ramos, T. K., Nietsche, E. A., Backes, V. M. S., Cogo, S. B., Salbego, C., & Antunes, A. P. (2022). Teaching-service integration in supervised internship in nursing: the perspective of nursing supervisors, professors and managers. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, e20210068. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0068>
- Rasheed, S. P., Sundus, A., Younas, A., Fakhar, J., & Inayat, S. (2021). Development and Testing of a Measure of Self-awareness Among Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 43(1), 36–44. <https://doi.org/10.1177/0193945920923079>
- Rego, A., Cunha, M. P. e, Gomes, J. F. S., Campos E Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Alves Marques, C. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano*. Edições Sílabo.
- Regulamento n.º 101/2015 de 10 de março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República 2.ª série, n.º 48 (10-03-2015) (5949)
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750)
- Regulamento n.º 392/2018 de 28 de junho (2018). Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. Diário da República 2.ª série, n.º 123 (28-06-2018) (17993-17999)
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (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 pessoa 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 (16-07-2018) (19359-19370)
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República 2.ª série, n.º 184, PARTE E (25-05-2019) (128-155)

- Regulamento n.º 76/218 de 30 de janeiro (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República 2.ª série, n.º 21 (30-01-2018) (3478-3487)
- Ribeiro, O. (2023). *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos—Um roteiro para a qualidade e segurança*. Lidel.
- Russo, J. R. D. S., Bico, I. M. T., & Vala, P. A. D. S. R. (2022). Influência da comunicação na relação enfermeiro-família em contexto de unidade de cuidados intensivos: revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 8(1), 96. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(1\).547.96-116](https://doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(1).547.96-116)
- Sakr, Y., Moreira, C. L., Rhodes, A., Ferguson, N. D., Kleinpell, R., Pickkers, P., Kuiper, M. A., Lipman, J., & Vincent, J.-L. (2015). The impact of hospital and icu organizational factors on outcome in critically ill patients: Results from the extended prevalence of infection in intensive care study. *Critical Care Medicine*, 43(3), 519–526. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000754>
- Salem, A., & Ahmad, M. M. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: *Integrative review*. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 614–630. <https://doi.org/10.1177/1744987118785987>
- Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L., & Moi, A. L. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1488–1498. <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Santos, M. B. dos, Toscano, C. M., Batista, R. E. A., & Bohomol, E. (2021). Assessment of the implementation of a nurse-initiated pain management protocol in the emergency department. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20201303. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1303>
- Santos, R. S. D., Amorim, L. P., Santos, L. L. D., Monteiro, L. V., Dourado, G. K. D. S., & Cardoso, R. D. S. S. (2022). Humanização no cuidado na UTI adulto. *Enfermagem Brasil*, 21(3), 318–332. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i3.4709>
- Sardo, P. M. G., Macedo, R. P. A., Alvarelhão, J. J. M., Simões, J. F. L., Guedes, J. A. D., Simões, C. J., & Príncipe, F. (2023). Nursing workload assessment in an intensive care unit: A retrospective observational study using the Nursing Activities Score. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 288–297. <https://doi.org/10.1111/nicc.12854>
- Schneider, F. (2020). Práticas Avançadas de Enfermagem: Conceitos e estratégias na implantação. *Global Academic Nursing Journal*, 1(2). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200011>
- Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 6(3), 698–712. <https://doi.org/10.1002/nop2.287>
- Shaikh, N., Tahseen, S., Zeesan Ul Haq, Q., Al-Ameri, G., Ganaw, A., Chanda, A., Zubair Labathkhan, M., & Kazi, T. (2018). Acute Pain Management in Intensive Care Patients: Facts and Figures. Em N. A. Shallik (Ed.), *Pain Management in Special Circumstances*. *IntechOpen*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.78708>
- Shoqirat, N., Mahasneh, D., Singh, C., AL-Sagarat, A. Y., & Habashneh, S. (2019). Barriers to nursing pain management in the emergency department: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(5). <https://doi.org/10.1111/ijn.12760>
- Sias, S., Silva, A., Rosado, J., & Baixinho, C. L. (2022). The nursing intervention to promote communication with the person ventilated in an intensive care unit. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e721. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e721>
- Siddiqui, A. S., Ahmed, A., Rehman, A., & Afshan, G. (2023). Pain assessment in intensive care units of a low-middle income country: Impact of the basic educational course. *BMC Medical Education*, 23(1), 567. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04523-7>
- Silva, E., Mendes, A., & Antunes, S. (2021). Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura. In L. Fornari, E. S. Fernandes De Oliveira, C. Oliveira, B. M. Faria, J. Ribeiro,

- & E. D. F. R. Higa, *New Trends in Qualitative Research* (1.a ed., Vol. 8, pp. 353–361). Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361>
- Silva, R. S. da, Bittencourt, I. S., & Paixão, G. P. do N. (2016). *Enfermagem Avançada: Um guia para a prática*. Editora Sanar.
- Stollings, J. L., Rumbaugh, K. A., Wang, L., Hayhurst, C. J., Ely, E. W., & Hughes, C. G. (2023). Correlation of the Critical Care Pain Observation Tool and Numeric Rating Scale in Intensive Care Unit Patients. *Journal of Intensive Care Medicine*, 08850666231187336. <https://doi.org/10.1177/08850666231187336>
- Sweity, E. M., Salahat, A. M., Sada, A. alrhman, Aswad, A., Zabin, L. M., & Zyoud, S. H. (2022). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers of nurses working in intensive care unit on pain management of critically ill patients: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00990-3>
- Táinta, M., Arteché, Y., Martín, I., Salas, V., & Goñi, R. (2020). Knowledge and attitudes of intensive care unit nurses regarding pain in patients. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(2), 177–187. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0872>
- Tarigopula, R., Tyagi, N. K., Jackson, J., Gupte, C., Raju, P., & LaRosa, J. (2014). Health care workers and ICU pain perceptions. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 15(6), 1027–1035. <https://doi.org/10.1111/pme.12423>
- Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Pain assessment in critically ill patients: an integrative literature review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Toy, B., Emmarco, A., Lester, L., Lohan-Mullens, M., Ottoson, E., Garofalo, T., Saputo, M., Moazami, N., Kon, Z., & Smith, D. (2021). Rapid ECMO Training for Nurses in Response to the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 40(4), S145. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2021.01.445>
- Ullman, A. J., Ray-Barruel, G., Rickard, C. M., & Cooke, M. (2018). Clinical audits to improve critical care: Part 1 Prepare and collect data. *Australian Critical Care*, 31(2), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.04.003>
- Varndell, W., Elliott, D., & Fry, M. (2015). Emergency nurses practices in assessing and administering continuous intravenous sedation for critically ill adult patients: A retrospective record review'. *International Emergency Nursing*, 23(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.09.005>
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2017). Exploring how nurses assess, monitor and manage acute pain for adult critically ill patients in the emergency department: Protocol for a mixed methods study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0421-x>
- Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2020). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>
- Wang, H.-L., & Tsai, Y.-F. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units: ICU nurses and pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3188–3196. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x>
- Warren, J. I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L., & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems: System Challenges of Implementing EBP. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>
- Wondimagegn, Z. G., Abera Hailemaria, H. M., Abye Meshesha, T., & Olijra, S. (2021). Knowledge, practice and factors associated with pain management for adult critical ill patients among nurses working in Federal Hospitals of Addis Ababa Ethiopia 2020. *American Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 9(2), 28. <https://doi.org/10.11648/j.ajcem.20210902.12>

- Woo, B. F. Y., Lee, J. X. Y., & Tam, W. W. S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: A systematic review. *Human Resources for Health*, 15(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0237-9>
- World Health Organization (2022). *Global Report on Infection Prevention and Control*. Geneva. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>
- Yeager, S., Papathanassoglou, E., Brooks, L., Delaney, L., Livesay, S., Lopez, V., Northam, H., Mitchell, K., & Vollman, K. (2019). Rights of the critically ill patient: Position statement of the World Federation of Critical Care Nurses. *Connect: The World of Critical Care Nursing*, 13(2), 58–70. <https://doi.org/10.1891/1748-6254.13.2.58>
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM O E-PÓSTER
“ANTISSÉTICOS NA HIGIENE ORAL PARA A PREVENÇÃO DA
PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO”**

CERTIFICADO

Certifica-se que o autor principal:

Tiago Miguel Lascasas Magalhães Dias

participou com o trabalho, **E- Poster**

ANTISSÉPTICOS NA HIGIENE ORAL PARA A PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

no I Congresso SMI - Da Tecnologia à Pessoa em Situação Crítica, que se realizou na AEP Penafiel, nos dias 4 e 5 de Maio de 2023. Foram ainda coautores:

Silvia Maria dos Santos Faria

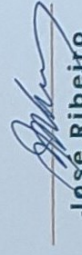
André Manuel Pacheco Barbosa Leão

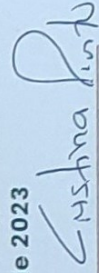
Eloisa Alexandra Ribeiro Maciel

Atribuição de Prémio: 1.º Prémio

Evento Técnico-Científico "I Congresso do Serviço de Medicina Intensiva - Da Tecnologia à Pessoa em Situação Crítica", acreditado pela Ordem dos Enfermeiros no dia 27 de Março de 2023, com 0,60 créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP), realizado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Serviço de Ensino Formação e Investigação.

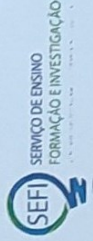
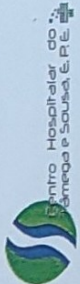
Penafiel, 5 de Maio de 2023


José Ribeiro
Enfermeiro Diretor CHTS


Cristina Pinto
Comissão Científica



Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho nº 13019/98 (2ª série), de 29 de Julho da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo nº 210 | 4560-210 GUILHUFÉ - PENAFIEL
T: 255 147 527 | E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC: 508318262



**ANEXO II: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO
LIVRE “FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DA DOR EM UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”**

CERTIFICADO

Certifica-se que o autor principal:

Tiago Miguel Lascasas Magalhães Dias

participou com o trabalho, **Comunicação Livre**
FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DA DOR EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

no I Congresso SMI - Da Tecnologia à Pessoa em Situação Crítica, que se realizou na AEP Penafiel, nos dias 4 e 5 de Maio de 2023. Foram ainda coautores:

André Manuel Pacheco Barbosa Leão

Atribuição de Prémio: _____

Evento Técnico-científico: "I Congresso do Serviço de Medicina Intensiva - Da Tecnologia à Pessoa em Situação Crítica", acreditado pela Ordem dos Enfermeiros no dia 27 de Março de 2023, com 0,60 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP), realizado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE - Serviço de Ensino Formação e Investigação.

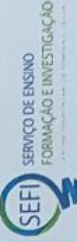
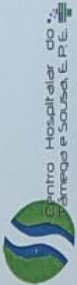


Penafiel, 5 de Maio de 2023

José Ribeiro
José Ribeiro
Enfermeiro Diretor CHTS

Cristina Pinto
Cristina Pinto
Comissão Científica

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho nº 13019/98 (2ª Série), de 29 de Julho da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo nº 210 | 4560-210 GUILHUFÉ - PENAFIEL
T: 255 147 527 | E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC: 508318262



APÊNDICES

**APÊNDICE I: PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA
À INTUBAÇÃO**



Autores

Tiago Lascasas¹

Ana Martins Oliveira²

¹Estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa | Enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva 1 no Centro Hospitalar Universitário de S. João

² Enfermeira no Serviço de Medicina Intensiva 6 no Centro Hospitalar Universitário de S. João

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Direção-Geral da Saúde (DGS) define as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) como infeções adquiridas pelos utentes sendo uma consequência dos cuidados de saúde prestados, sendo que as mesmas podem também afetar os profissionais de saúde (DGS, 2007). Segundo a *World Health Organization* (WHO), as IACS estão entre os eventos adversos mais frequentes nos serviços de saúde, resultando num aumento dos dias de internamento, maior consumo de antibióticos, aumento das taxas de morbilidade e mortalidade e aumento dos custos económicos para os sistemas de saúde (WHO, 2022).

De acordo com a WHO (2022), nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) as IACS são um fenómeno com uma taxa de ocorrência de cerca de 30%, estimando-se que as taxas atualmente existentes possam ser reduzidas em cerca de 35 a 70% através da sua prevenção. Neste sentido, a DGS (2022a) assume como objetivo no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 reduzir em 30% a incidência de IACS de forma a contribuir para a melhoria da prestação de cuidados no sistema de saúde.

A DGS (2022b) define pneumonia associada à intubação (PAI) ou pneumonia associada à ventilação como uma infeção que surge no utente com tubo endotraqueal há mais de 48 horas ou no utente que foi extubado/descanulado há menos de 48 horas. A PAI é umas das IACS com maior incidência em serviços de medicina intensiva (Papazian et al., 2020) e segundo a literatura supera as taxas de mortalidade de outras IACS (Branco et al., 2020).

Está associada a taxas de morbilidade e mortalidade consideráveis, acarretando custos sociais e económicos no tratamento dos utentes e para além disso com consequências a nível psicológico para os utentes e familiares. A PAI resulta em maior tempo de internamento, maior

tempo de ventilação mecânica e consequentemente num aumento dos recursos de saúde (Ladbrook et al., 2021).

As IACS são consideradas evitáveis, estimando-se ser possível reduzir a incidência da PAI em cerca de 8 a 28 % dos utentes que necessitam de ventilação mecânica (Ladbrook et al., 2021). A prevenção da PAI deve assim constituir uma prioridade para toda a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica (López et al., 2018).

A evidência científica revela que a utilização de feixes de intervenções na prevenção da PAI reduzem substancialmente a ocorrência deste tipo de evento, traduzindo-se em menor tempo de ventilação mecânica, menos dias de internamento e menores custos, obtendo-se desta forma ganhos em saúde (Ladbrook et al., 2021; Maran et al., 2020).

Os feixes de intervenções ou *bundles* são um conjunto de intervenções-chave baseadas em evidências que demonstram ter ganhos em saúde quando são aplicadas (Osti et al., 2017). As intervenções quando implementadas em conjunto têm demonstrado melhores resultados do que quando aplicadas isoladamente (Branco et al., 2020).

Ao longo dos últimos anos, a literatura evidenciou que a incidência de PAI no contexto de cuidados intensivos tem vindo a reduzir, sendo que a utilização de feixes de intervenções na sua prevenção tem tido um papel fundamental (Burja et al., 2017; Klompas, 2019). As intervenções que compõem o feixe de intervenções na prevenção da PAI podem variar entre as instituições, contudo a literatura demonstra que altas taxas de adesão aos feixes de intervenções têm demonstrado melhores resultados que aqueles com baixas taxas de adesão (Sekihara et al., 2023). Segundo Ladbrook et al (2021) o cumprimento do feixe de intervenções na íntegra permite a diminuição efetiva da PAI com taxas de incidência próximas de zero.

A aplicação de intervenções tendo como objetivo a prevenção da PAI deve começar no momento da intubação do utente ou, se possível, antes da intubação e devem ser utilizadas até à extubação (Osti et al., 2017).

No sentido de uniformizar a implementação do feixe de intervenções para a prevenção da PAI, a DGS (2022b) atualizou a sua norma clínica de acordo com a melhor evidência disponível, com o objetivo de reduzir em cerca de 30% a incidência da PAI, estando assim em linha com o preconizado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Da nova norma destaca-se o facto de já não ser recomendada a utilização de gluconato de clorhexidina a 0,2% na higiene oral para prevenção da PAI (DGS, 2022b), uma vez que estudos recentes têm levantado preocupações sobre a sua eficácia e segurança (Klompas, 2019; Vieira et al., 2022). Esta recomendação representa um desafio para as instituições hospitalares, uma vez que o gluconato de clorhexidina é seguramente o antisséptico oral mais utilizado e estudado em

utentes sob ventilação mecânica. Neste sentido a DGS (2022b) sugere como alternativa o uso de octenidina.

Segundo a DGS (2022b) podem ainda ser aplicadas outras medidas adicionais na prevenção da PAI, tais como o uso de tubos com aspiração subglótica, particularmente em utentes com um risco acrescido de desenvolvimento de PAI, nomeadamente quando se prevê a necessidade de ventilação mecânica invasiva superior a 72 horas. É ainda recomendada a discussão diária dos diagnósticos de PAI e de medidas de prevenção, no sentido de promover uma cultura de segurança e excelência na prestação de cuidados contribuindo deste modo para a melhoria dos resultados clínicos (DGS, 2022b).

Todas as medidas que constituem o feixe de intervenções devem ser aplicadas de forma sistemática e integradas no plano de cuidados multidisciplinar, visando a redução da incidência de PAI (DGS, 2022b).

OBJETIVO

- Facilitar a adesão ao feixe de intervenções na prevenção da Pneumonia associada à Intubação;
- Contribuir para a redução da incidência da Pneumonia associada à Intubação no Serviço de Medicina Intensiva.

(Adaptado da norma clínica da DGS: 021/2015 de 16/12/2015, atualizada a 17/11/2022)

As intervenções a implementar na pessoa submetida a intubação endotraqueal, para prevenir a pneumonia associada à intubação devem ser as seguintes:

a) Utilizar **sedação ligeira**, de preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento e documentar em processo clínico;

b) Realizar diariamente **provas de ventilação espontânea** aos doentes candidatos a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida e avaliar a possibilidade de extubação, com ou sem a utilização de ventilação não invasiva (VNI), e documentar em processo clínico;

c) Manter a **cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30º**, evitando momentos de posição supina e documentar em processo clínico, assim como a existência de eventuais contraindicações;

d) Realizar **higiene oral pelo menos 3 vezes por dia**, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na unidade de cuidados intensivos (UCI) mais de 48 horas e documentar em processo clínico;

e) Manter a **pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O**, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, monitorizando-a sempre que clinicamente indicado, no mínimo em 3 ocasiões num período de 24h, preferencialmente de forma contínua, e documentar em processo clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Branco, A., Silva Lourençone, E. M., Baptista Monteiro, A., Pettitembert Fonseca, J., Blatt, C. R., & Aquino Caregnato, R. C. (2020). Education to prevent ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, 1–7. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0477>
- Burja, S., Belec, T., Bizjak, N., Mori, J., Markota, A., & Sinkovič, A. (2017). Efficacy of a bundle approach in preventing the incidence of ventilator associated pneumonia (VAP). *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*. <https://doi.org/10.17305/bjbms.2017.2278>
- Direção-Geral da Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022a). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Ministério da Saúde. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- Klompas, M. (2019). Prevention of Intensive Care Unit-Acquired Pneumonia. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40(04), 548–557. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695783>
- Ladbrook, E., Khaw, D., Bouchoucha, S., & Hutchinson, A. (2021). A systematic scoping review of the cost-impact of ventilator-associated pneumonia (VAP) intervention bundles in intensive care. *American Journal of Infection Control*, 49(7), 928–936. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.11.027>
- López, J. T., Carrillo, R. G., & Castillo, M. M. (2018). Knowledge and nursing practice to prevent Ventilator Associated Pneumonia. *Revista CONAMED*, 22(2), 76–81.
- Maran, E., Novakowski Spigolon, D., Misue Matsuda, L., Ferraz Teston, E., Campos de Oliveira, J. L., Soares de Souza, V., & Silva Marcon, S. (2020). Efeitos da utilização do bundle na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: Revisão integrativa. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1110>
- Osti, C., Wosti, D., Pandey, B., & Zhao, Q. (2017). Ventilator-Associated Pneumonia and Role of Nurses in Its Prevention. *JNMA; Journal of the Nepal Medical Association*, 56(208), 461–468.
- Papazian, L., Klompas, M., & Luyt, C.-E. (2020). Ventilator-associated pneumonia in adults: A narrative review. *Intensive Care Medicine*, 46(5), 888–906. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05980-0>
- Sekihara, K., Okamoto, T., Shibasaki, T., Matsuda, W., Funai, K., Yonehiro, Y., Matsubara, C., & Kimura, A. (2023). Evaluation of a bundle approach for the prophylaxis of ventilator-associated pneumonia: A retrospective single-center Study. *Global Health & Medicine*, 5(1), 33–39. <https://doi.org/10.35772/ghm.2022.01038>
- Vieira, P. C., de Oliveira, R. B., & da Silva Mendonça, T. M. (2022). Should oral chlorhexidine remain in ventilator-associated pneumonia prevention bundles? *Medicina Intensiva*, 46(5), 259–268. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.09.009>
- World Health Organization (2022). Global Report on Infection Prevention and Control. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

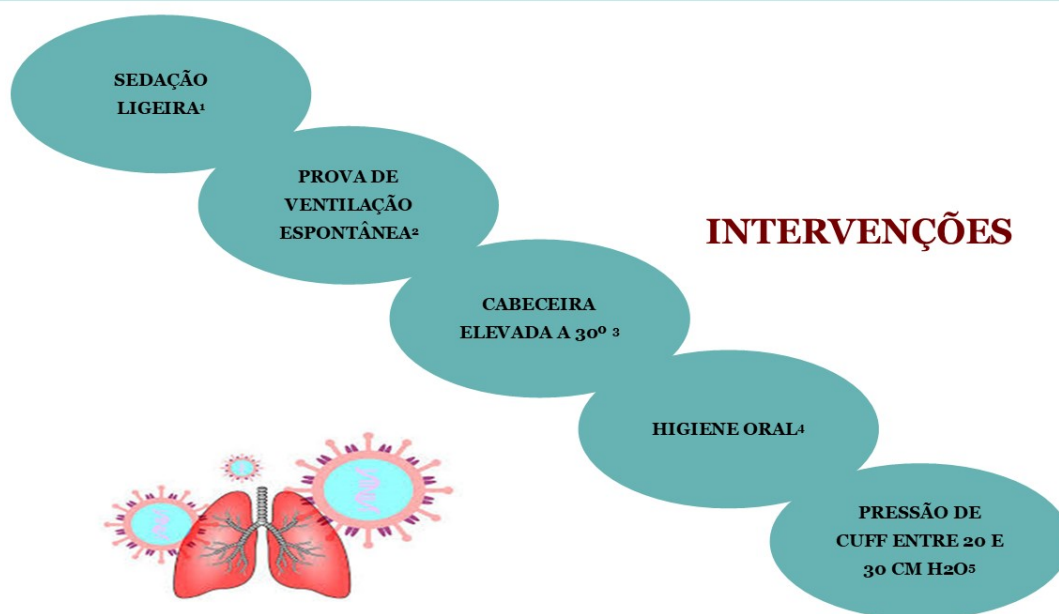
**APÊNDICE II: PÓSTER “FEIXE DE INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DA
PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO”**

Feixe de Intervenções para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação

NOVAS EVIDÊNCIAS



A Pneumonia Associada à Intubação (PAI) é uma das infeções associadas aos cuidados de saúde mais comuns em utentes que necessitam de ventilação mecânica (Klompas, 2019). A utilização de um feixe de intervenções na prevenção da PAI tem sido amplamente recomendada por diversas diretrizes e evidências científicas (Ladbrook et al., 2021). Em 2022, a Direção-Geral de Saúde (DGS) divulgou novas orientações de forma a contribuir para a uniformização da implementação de um feixe de intervenções na prevenção da PAI (DGS, 2022).



¹De preferência baseada na analgesia, titulada ao mínimo necessário para o tratamento e documentar em processo clínico.

²Realizar diariamente aos utentes candidatos a extubação, preferencialmente em modo de pressão assistida e avaliar a possibilidade de extubação, com ou sem a utilização de ventilação não invasiva e documentar em processo clínico.

³Manter a cabeceira do leito elevada a um ângulo de aproximadamente 30º e evitar momentos de posição supina e documentar em processo clínico, assim como a existência de eventuais contraindicações.

⁴Realizar pelo menos 3 vezes por dia, em todos os utentes que previsivelmente permaneçam na unidade de cuidados intensivos mais de 48 horas e documentar em processo clínico.

Atualmente não é recomendado a utilização de gluconato de clorhexidina a 0,2%. Como alternativa, a DGS sugere o uso de octenidina.

⁵Manter a pressão no balão do tubo/cânula endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O, sempre que a pressão das vias aéreas o permita, monitorizando-o sempre que clinicamente indicado, no mínimo em 3 ocasiões num período de 24h, preferencialmente de forma contínua e documentar em processo clínico.

Referências bibliográficas

Direção-Geral de Saúde (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/nomas-orientacoes-e-informacoes/nomas-e-circulares-normativas/0212015-de-16122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
 Klompas, M. (2019). Prevention of Intensive Care Unit-Acquired Pneumonia. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40(04), 548-557; <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695783>
 Ladbrook, E., Khaw, D., Bouchoucha, S., & Hutchinson, A. (2021). A systematic scoping review of the cost-impact of ventilator-associated pneumonia (VAP) intervention bundles in intensive care. *American Journal of Infection Control*, 49(7), 928-936. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.11.027>

Autores

Silvia Faria¹/Tiago Lascasas²

¹Estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e Enfermeiros no Centro Hospitalar Universitário de S. João

**APÊNDICE III: E-PÓSTER “ANTISSÉTICOS NA HIGIENE ORAL PARA A
PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO”**

**APÊNDICE IV: COMUNICAÇÃO LIVRE “FATORES QUE INFLUENCIAM A
GESTÃO DA DOR EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: PROTOCOLO
DE SCOPING REVIEW”**



FATORES QUE INFLUENCIAM A GESTÃO DA DOR EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

AUTORES

Tiago Dias, Enfermeiro no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de São João
André Leão, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no ACES Porto Oriental

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO



Definição de dor

- ✓ “Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais, sendo a mesma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais

(International Association for the Study of Pain, 2021)

- ✓ Uma das principais queixas relatadas por utentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), com uma prevalência de mais de 50%.

(Tairta et al., 2020; Wang & Tsai, 2010)

- ✓ 2003 - Intitulada como o 5º sinal vital

Gestão eficaz da dor - um dever dos profissionais de saúde e um direito dos utentes.

(Direção-Geral da Saúde, 2003)



- ✓ Avaliação da dor em UCI – particularmente difícil tanto pela ventilação mecânica como pela sedação

(Pinheiro & Marques, 2019)

- ✓ A gestão inadequada da dor tem múltiplas consequências

- Dessincronização do utente-ventilador, alterações fisiológicas

(Oliveira et al., 2016)

- Evolução a longo prazo para dor crónica

(Kia et al., 2021)

- Diminuição da qualidade de vida dos utentes que sobreviveram

(Papathanassoglou et al., 2018)



- ✓ Em UCI, a gestão da dor é desadequada pelos múltiplos fatores que existem estando os mesmos relacionados com o profissional de saúde, com o próprio utente e ao nível organizacional

(Khalil, 2018)

- ✓ Os fatores existentes concorrem para que a dor seja pouco reconhecida, avaliada e consequentemente subtratada colocando em causa a qualidade da prestação de cuidados pelos profissionais de saúde que trabalham em UCI.

(Varndell et al., 2020)

- ✓ O controlo da dor constitui um desafio para a equipa multidisciplinar

(Delgado, 2020)

OBJETIVO

Mapear o conhecimento sobre os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos.



Linhas de orientação recomendadas pelo *Joanna Briggs Institute*

METODOLOGIA

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

"Quais são os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos?"

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Participantes - Todas as fontes que incluam a descrição de fatores que influenciam a gestão da dor

Conceito - Fatores que influenciam a gestão da dor

Contexto - Unidade de Cuidados Intensivos

Conteúdos redigidos em português e inglês, sem restrição temporal

TIPOS DE FONTES

Bases de dados - CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Collection Plus, MedicLatina, SciELO e LILACS

Literatura Cinzenta

EXTRAÇÃO DE DADOS

Dois revisores independentes

Recurso a uma ferramenta de extração de dados

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Tabela

Resumo narrativo que pretenderá discutir os resultados encontrados

RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Obter um conhecimento amplo de todos os fatores que influenciam a gestão da dor em unidades de cuidados intensivos ;
- ✓ Identificar as barreiras e facilitadores na gestão da dor em unidades de cuidados intensivos ;
- ✓ Identificar lacunas no conhecimento e as áreas que necessitam de mais investigação .

POTENCIAIS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA



- ✓ Identificar os fatores que interferem com a gestão da dor, de forma a contribuir para futuros projetos de investigação ;
- ✓ Desenvolvimento de novas estratégias de forma a otimizar a gestão da dor em cuidados intensivos ;
- ✓ Adoção de práticas baseadas em evidência científica ;
- ✓ Aumentar a satisfação do utente ;
- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Delgado, S. A. (2020). CE: Managing Pain in Critically Ill Adults A Holistic Approach *AJN, American Journal of Nursing* 120(5), 34–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.000066280881949d6>
- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5ª sinal vital Registo sistemático da intensidade da Dor*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directoria-dgs/nomase-circulares-normativas/circular-normativa-9dgcg-de-14062003pdf.aspx>
- International Association for the Study of Pain (2021). *Termos de dor e definições* <https://www.iasppain.org/resources/terminology/#pain>
- Khalil, N. S. (2018). Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Applied Nursing Research* 44, 33–38. CINAHL Complete <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.001>
- Kia, Z., Allahbakhshian M., Ilkhanj M., Nasiri M., & Allahbakhshian A. (2021). Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Complementary Therapies in Medicine* 58, 102705. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102705>
- Oliveira, P. E. P. de, Pereira, L. V., Santos, N. R., & Souza, L. A. F. (2016). A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 18. <https://doi.org/10.5219/ree.v18.37309>
- Papathanassoglou E. D. E., Hadjibalassi M., Miltiadous P., Lambrinou E., Papastavrou E., Paikousis L., & Kyprianou T. (2018). Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 172–185. CINAHL Complete <https://doi.org/10.4037/ajcc.2018271>
- Pinheiro, A. R. P. de Q., & Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally intubated critical patients: A systematic review of the literature. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 31(4). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Tainta, M., Arteché, Y., Martín, I., Salas, V., & Goñi, R. (2020). Knowledge and attitudes of intensive care unit nurses regarding pain in patients. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 43(2), 177–187. <https://doi.org/10.23938/ASSN0872>
- Vandell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2020). Pain assessment and interventions by nurses in the emergency department: A national survey. *Journal of Clinical Nursing* 29(13–14), 2352–2362. <https://doi.org/10.1111/jocn.15247>
- Wang, H.-L., & Tsai, Y.-F. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units: ICU nurses and pain management. *Journal of Clinical Nursing* 19(21–22), 3188–3196. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x>



Obrigado



Contacto
E-mail: tiago.lascasas.dias@gmail.com

**APÊNDICE V: INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**



SÃO JOÃO

DOR – 50 SINAL VITAL

Autores: Tiago Dias¹; Sónia Afonso²; Mário Branco³



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

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

Avaliar

Registar

Reavaliar

Registar

Referência Bibliográfica: Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 50 sinal vital. Registo sistematizado da intensidade da Dor*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-94909-de-14062003-pdf.aspx> | Marques, R., Araújo, F., Fernandes, M., Freitas, J., Dixe, M. A., & Góelins, C. (2022). Validation Testing of the European Portuguese Critical-Care Pain Observation Tool. *Healthcare*, 10(6), 1075. <https://doi.org/10.3390/healthcare10061075>

¹Aluno do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - área de especialização de Enfermagem em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa | Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Centro Hospitalar Universitário de S. João | Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professor Convidado da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

APÊNDICE VI: ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Estratégia de pesquisa na CINAHL®Complete (via EBSCOhost)

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	MH (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR TI (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR SU (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR AB (pain management OR analgesia OR pain measurement)	98.051
Pesquisa 2 (P2)	TI (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR SU (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR AB (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes)	2.071.356
Pesquisa 3 (P3)	MH (intensive care unit OR critical care) OR TI (intensive care unit OR critical care) OR SU (intensive care unit OR critical care) OR AB (intensive care unit OR critical care)	138.216
Pesquisa 4 (P4)	P1 AND P2 AND P3	66*

*Restringido a texto completo; resumo disponível; adultos; idiomas em inglês, português e espanhol

Estratégia de pesquisa na MEDLINE Complete (via EBSCOhost)

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	MH (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR TI (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR SU (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR AB (pain management OR analgesia OR pain measurement)	212.517
Pesquisa 2 (P2)	TI (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR SU (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR AB (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes)	7.623.226
Pesquisa 3 (P3)	MH (intensive care unit OR critical care) OR TI (intensive care unit OR critical care) OR SU (intensive care unit OR critical care) OR AB (intensive care unit OR critical care)	252,266
Pesquisa 4 (P4)	P1 AND P2 AND P3	109*

*Restringido a texto completo; resumo disponível; adultos; idiomas em inglês, português e espanhol

Estratégia de pesquisa na *Cochrane Plus Collection* (via *EBSCOhost*)

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	MH (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR TI (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR SU (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR AB (pain management OR analgesia OR pain measurement)	75.362
Pesquisa 2 (P2)	TI (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR SU (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR AB (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes)	387.162
Pesquisa 3 (P3)	MH (intensive care unit OR critical care) OR TI (intensive care unit OR critical care) OR SU (intensive care unit OR critical care) OR AB (intensive care unit OR critical care)	28.534
Pesquisa 4 (P4)	P1 AND P2 AND P3	47*

*Restringido a texto completo; adultos; idiomas em inglês, português e espanhol

Estratégia de pesquisa na *MedicLatina* (via *EBSCOhost*)

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	MH (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR TI (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR SU (pain management OR analgesia OR pain measurement) OR AB (pain management OR analgesia OR pain measurement)	973
Pesquisa 2 (P2)	TI (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR SU (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes) OR AB (factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes)	27.138
Pesquisa 3 (P3)	MH (intensive care unit OR critical care) OR TI (intensive care unit OR critical care) OR SU (intensive care unit OR critical care) OR AB (intensive care unit OR critical care)	2.122
Pesquisa 4 (P4)	P1 AND P2 AND P3	4*

*Restringido a texto completo; adultos; idiomas em inglês, português e espanhol

Estratégia de pesquisa na SciELO

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	(critical care OR intensive care unit) AND (pain management OR analgesia)	31

Estratégia de pesquisa na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	pain management OR analgesia OR pain measurement [Words] AND intensive care unit OR critical care [Words] AND factors OR barriers OR reasons OR enablers OR causes	12

Estratégia de pesquisa no RCAAP

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	Pesquisa no Assunto: Intensive Care Unit e Pain	3

Estratégia de pesquisa no OpenGrey

Pesquisa (P)	Termos de pesquisa	Número de resultados encontrados após inclusão de filtros de acordo com critérios de inclusão e exclusão
Pesquisa 1 (P1)	Intensive Care Unit and Pain	0

**APÊNDICE VII: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA A EXTRAÇÃO DOS
DADOS**

Informações gerais	
Título da publicação	
Código de identificação (se aplicável)	
Extração dos dados	
Autor(es)	
Ano de publicação	
País de origem	
Objetivo(s)	
Tipo de estudo/publicação	
Conteúdos relevantes / Conclusões	
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	

APÊNDICE VIII: TABELAS DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Informações gerais	
Título da publicação	Physiology and treatment of pain
Código de identificação	PMID: 19047694
Extração dos dados	
Autor(es)	Helms, J. E.; Barone, C. P.
Ano de publicação	2008
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo(s)	Não aplicável
Tipo de estudo/publicação	Revisão narrativa da literatura
Conteúdos relevantes / Conclusões	As estratégias para mudar as práticas na gestão da dor são a implementação de diretrizes, a utilização de protocolos e o aumento da educação na gestão da dor para enfermeiros de cuidados intensivos (fisiologia da dor). As mulheres relatam dor com maior frequência do que os homens e apresentam limiares e tolerância mais baixos a estímulos dolorosos. Não existe evidência de que a intensidade da dor diminua com a idade. Os utentes podem não conseguir verbalizar ou comunicar totalmente a natureza da sua dor. O estado de consciência dos utentes pode levar a um autorrelato impreciso ou inconclusivo. O estudo afirma que devem ser usados instrumentos de avaliação da dor validados para o contexto de UCI. Utilização de medidas farmacológicas (analgesia preventiva) e não farmacológicas. Os utentes mais idosos podem descrever a sua dor de forma diferente dos mais jovens e respondem mais lentamente à dor.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Implementação de diretrizes e protocolos na gestão da dor Conhecimento sobre a gestão da dor Formação contínua específica Género Idade Comunicação com o profissional de saúde Estado de consciência Utilização de instrumentos de avaliação da dor Medidas farmacológicas e não farmacológicas

Informações gerais	
Título da publicação	Structured Approaches to Pain Management in the ICU
Código de identificação	PMID: 19497902
Extração dos dados	
Autor(es)	Pasero, C.; Puntillo, K.; Li, D.; Mularski, R.A.; Grap, M. J.; Erstad, B. L.; Varkey, B.; Gilbert, H. C.; Medina, J.; Sessler, C. N.
Ano de publicação	2009
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo(s)	Abordar barreiras comuns às UCI na gestão da dor e descrever algumas abordagens estruturadas que demonstraram melhorar a gestão da dor do utente crítico
Tipo de estudo/publicação	Revisão narrativa da literatura

<p>Conteúdos relevantes / Conclusões</p>	<p>Algumas das barreiras na gestão da dor do doente crítico são a natureza das condições médicas complexas, práticas clínicas desatualizadas, falha na avaliação e reconhecimento da existência de dor, normas de prescrição desatualizadas, monitorização inadequada da melhoria da qualidade, falta de responsabilização pela má gestão da dor, crenças pessoais e culturais e dificuldades de comunicação entre o doente e a equipa de saúde.</p> <p>As barreiras podem ter três diferentes origens: o utente, a equipa de saúde e o sistema de saúde.</p> <p>Barreiras identificadas no domínio do conhecimento e outros défices: défice de conhecimentos dos profissionais sobre princípios de avaliação e gestão da dor; considerar a dor como parte inevitável do processo de doença e considerar a dor como importante estímulo da tosse e da respiração profunda; falha na avaliação objetiva e sistemática da dor nos doentes críticos incapazes de comunicar; falha na adequação das estratégias de tratamento da dor em função da sua avaliação; falta de conhecimento sobre os efeitos farmacológicos dos analgésicos; relutância dos médicos em prescrever analgésicos apropriados e adequados; administração por parte dos enfermeiros de doses de opióides inferiores às prescritas por medo de causar depressão respiratória, sedação e adição; processo de decisão sobre intervenção na dor condicionado pela necessidade de otimizar as condições hemodinâmicas e respiratórias dos doentes, pela necessidade de colaborar no plano de cuidados médico e de agir de acordo com a preferências do doente e família; influência da interpretação de aspetos comportamentais dos doentes e do seu estado fisiológico na intervenção analgésica apesar do autorelato de dor; prescrição analgésica inapropriada por parte dos médicos e relutância em usar terapêutica adjuvante no controlo da dor; horário inflexível da analgesia e recurso escasso a intervenções não farmacológicas.</p> <p>Barreiras identificadas no domínio dos preconceitos pessoais e culturais: estereótipo ou preconceito face às características demográficas dos utentes; pré-conceção da dor relacionada com o tipo de cirurgia, número de dias pós-cirurgia, estado ventilatório e padrão de analgesia dos utentes; maior empenho no controlo da dor de doentes com determinadas patologias em detrimento da dor de doentes com tentativa de suicídio ou abuso de drogas; menor administração de analgesia em utentes cuja doença resultou de comportamentos socialmente inaceitáveis; menor tratamento analgésico em mulheres ou minorias; maior administração de analgésicos a homens e jovens submetidos a cirurgia cardíaca do que a mulheres e utentes com mais idade; menor administração analgésica a doentes afro-americanos do que a doentes brancos nos departamentos de emergência.</p> <p>Barreiras identificadas no domínio das dificuldades de comunicação: dificuldades de comunicação como a principal barreira na gestão da dor de utentes cirúrgicos idosos; dificuldades de comunicação com minorias, incluindo barreiras linguísticas, falta de instrumentos de avaliação da dor em várias línguas e dificuldade de interpretação de sinais de dor, expressões e respostas comportamentais; não concordância entre médicos e enfermeiros sobre o plano de gestão da dor; falha na comunicação entre médicos e enfermeiros quando avaliam a dor do utente.</p>
<p>Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor</p>	<p>Complexidade da situação de doença Gestão de prioridades Reconhecimento de existência de dor Avaliação da dor Prescrição médica Monitorização da qualidade Responsabilização pela gestão da dor Crenças e preconceitos pessoais e culturais Comunicação entre o utente e os profissionais de saúde Comunicação entre profissionais de saúde Conhecimento sobre princípios de gestão da dor Adesão a intervenções farmacológicas e não farmacológicas</p>

Informações gerais	
Título da publicação	Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units
Código de identificação	https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x
Extração dos dados	
Autor(es)	Wang, H.; Tsai, Y.
Ano de publicação	2010
País de origem	Taiwan
Objetivo(s)	Explorar o conhecimento e as barreiras dos enfermeiros na gestão da dor em UCI
Tipo de estudo/publicação	Estudo observacional transversal
Conteúdos relevantes / Conclusões	<p>A maioria dos participantes no estudo referiu nunca ter realizado formação no âmbito da gestão da dor, tendo sido evidenciado neste estudo que a maioria dos enfermeiros tinha pouco conhecimento sobre a dor nomeadamente ao nível da administração de fármacos analgésicos (dependência). O conhecimento dos enfermeiros da UCI e as barreiras referidas na gestão da dor não foram significativamente correlacionados com a sua idade, experiência e horas de educação prévia sobre gestão da dor. Apesar dos enfermeiros com grau académico mais alto terem mais conhecimento, não foram encontradas diferenças nas barreiras referidas pelos mesmos. As barreiras na gestão da dor referidas pelos enfermeiros neste estudo são apresentadas em três categorias.</p> <p>Próprios enfermeiros: a capacidade dos enfermeiros em avaliar a dor foi facilmente influenciada pela sedação do utente e pela preocupação com a dependência de drogas, levando à não administração de analgésicos;</p> <p>Utentes e família: sempre que os familiares rejeitavam o uso de analgésicos, os enfermeiros respeitavam os desejos destes e não as necessidades do utente sendo que este achado pode refletir um efeito da cultura chinesa, que valoriza os desejos da família sobre os do indivíduo.</p> <p>Políticas governamentais e hospitalares: necessidade de prescrição médica para o enfermeiro administrar fármacos no controlo da dor.</p> <p>O estudo relatou ainda a inexistência de instrumentos de avaliação da dor validados no utente incapaz de relatar a sua dor. O facto dos médicos concentrarem as suas atenções na doença em si, leva ao atraso no tratamento da dor. Os enfermeiros não tiveram perceção da principal barreira na gestão da dor que é o conhecimento. Os enfermeiros que trabalham numa UCI do foro cirúrgico apresentam mais conhecimentos sobre a dor do que aqueles que trabalham numa UCI do foro médico. Para além disso os enfermeiros que trabalhavam em hospitais centrais têm mais conhecimentos do que os enfermeiros que trabalham em hospitais regionais. Há necessidade de formação em serviço sobre a gestão da dor. Aumentar as competências dos enfermeiros na gestão da dor pode melhorar a prestação de cuidados.</p>
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	<p>Conhecimento sobre a gestão da dor (avaliação da dor, medidas farmacológicas e não farmacológicas)</p> <p>Estado de consciência</p> <p>Grau académico</p> <p>Local de trabalho</p> <p>Utilização de instrumentos de avaliação da dor</p> <p>Aspetos culturais dos utentes e família</p> <p>Formação contínua específica na gestão da dor</p> <p>Autonomia dos enfermeiros na gestão da dor</p>

Informações gerais	
Título da publicação	Health care workers and ICU pain perceptions
Código de identificação	https://doi.org/10.1111/pme.12423
Extração dos dados	
Autor(es)	Tarigopula, R.; Tyagi, N. K.; Jackson, J.; Gupte, C.; Raju, P.; LaRosa, J.
Ano de publicação	2014
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo(s)	Avaliar o efeito das características pessoais dos profissionais de saúde sobre como gerem a dor em UCI
Tipo de estudo/publicação	Estudo prospetivo
Conteúdos relevantes / Conclusões	A maioria dos profissionais da UCI relatou que a formação que tinham recebido sobre a dor tinha sido adequada. A raça e a etnia são vistas como importantes barreiras culturais na comunicação entre utentes e médicos. A raça, percepção da dor e tolerância podem estar profundamente interligadas. O estudo aponta para vários fatores que influenciam a forma como os profissionais de saúde gerem a dor: especialidade em cuidados intensivos, experiência, idade, raça, religião, etnia e país de origem.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Formação Especialidade em cuidados intensivos Experiência Características pessoais e culturais dos profissionais

Informações gerais	
Título da publicação	Pain Management Barriers in Critical Care Units: A Qualitative study
Código de identificação	https://doi.org/10.14419/ijans.v3i1.1494
Extração dos dados	
Autor(es)	Batiha, A. M.
Ano de publicação	2014
País de origem	Jordânia
Objetivo(s)	Explorar as barreiras na gestão da dor identificadas pelas unidades de cuidados intensivos da Jordânia
Tipo de estudo/publicação	Estudo qualitativo
Conteúdos relevantes / Conclusões	O estudo identificou barreiras que influenciam a gestão da dor tendo categorizado as mesmas em três domínios. Barreiras que advêm dos utentes: os utentes não querem incomodar os enfermeiros apresentando relutância no relato da dor, medo de dependência, ansiedade por serem “maus utentes”, preocupações com a perturbação dos profissionais de saúde e medo dos efeitos secundários. Barreiras que advêm dos enfermeiros: prioridade baixa no tratamento da dor relativamente a outras intervenções cujo objetivo é salvar a vida do utente que está seriamente ameaçada pela doença; o facto dos enfermeiros estarem

	<p>frequentemente preocupados na administração de analgésicos com os problemas que esta possa causar tais como compromisso hemodinâmico e respiratório, sedação excessiva e dependência de drogas; falta de conhecimento sobre medidas farmacológicas; medo de causar delirium ou confusão é uma barreira na gestão da dor levando assim ao subtratamento da dor especialmente nos idosos; avaliação incompleta da dor e pouco frequente; falta de conhecimento na gestão da dor; o uso de escalas padrão de avaliação facilita e dá consistência ao processo na avaliação da dor; falta de comunicação entre médicos e enfermeiros é uma barreira muito importante na gestão da dor; a falta de confiança dos médicos na avaliação da dor realizada por enfermeiros que mostra o impacto negativo na comunicação médico e enfermeiro; o trabalho em equipa é essencial para proporcionar um tratamento adequado da dor; as reuniões entre grupos profissionais também facilitam o processo na gestão da dor;</p> <p>Barreiras a nível organizacional/hospitalar: falta de autonomia dos enfermeiros na gestão da dor devido a dependência da prescrição médica para administrar fármacos; utilização de instrumentos de avaliação da dor não validados para o contexto de UCI; regulamentação e distribuição controlada de opiáceos; falta de apoio psicológico aos utentes nomeadamente nos doentes com cancro; rácio enfermeiro/utente alto gera restrição de tempo na interação enfermeiro-utente e consequentemente afeta a qualidade dos cuidados; falta de profissionais de saúde; necessidade de educação contínua para todos os profissionais envolvidos no tratamento da dor leva a melhoria neste domínio (sintomas de dor, avaliação da dor, mecanismos da analgesia, efeitos secundários dos medicamentos para a dor e medidas não farmacológicas); elaboração de diretrizes de gestão da dor baseadas na evidência.</p>
<p>Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor</p>	<p>Atitudes e crenças dos utentes Prioridade no tratamento da dor Conhecimento sobre a gestão da dor Utilização de instrumentos de avaliação da dor Comunicação entre a equipa multidisciplinar Atitudes dos médicos Trabalho em equipa Autonomia dos enfermeiros Controlo de estupefacientes Apoio psicológico aos utentes Rácio enfermeiro/utente Falta de profissionais de saúde Formação contínua Diretrizes e protocolos na gestão da dor</p>

Informações gerais	
<p>Título da publicação</p>	<p>Age related inverse dose relation of sedatives and analgesics in the intensive care unit</p>
<p>Código de identificação</p>	<p>https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185212</p>
Extração dos dados	
<p>Autor(es)</p>	<p>Mukhopadhyay, A.; Tai, B.C.; Remani, D.; Phua, J.; Cove, M. E.; Kowitlawakul, Y.</p>
<p>Ano de publicação</p>	<p>2017</p>
<p>País de origem</p>	<p>Singapura</p>
<p>Objetivo(s)</p>	<p>Analisar os efeitos de fatores relacionados com o utente (como idade, género e peso) e com procedimentos (como cateter venoso central, contenção física e diálise) nas doses de sedativos e analgésicos comuns numa UCI que já utiliza um protocolo de sedação e analgesia e determinar se há algum efeito na interrupção das doses utilizadas dessa medicação.</p>

Tipo de estudo/publicação	Estudo de coorte observacional prospetivo
Conteúdos relevantes / Conclusões	A idade foi inversamente proporcional relativamente à dose de propofol necessária para manter um score alvo segundo a <i>Richmond Agitation Sedation Scal</i> numa UCI. A dose de fentanil administrada em utentes com idade igual ou superior a 75 anos foi maior do que em utentes com menos de 55 de anos. A presença de cateter venoso central foi associada a doses mais elevadas de propofol e fentanil. A sedação profunda está associada a um maior tempo de ventilação mecânica, tempo de internamento e mortalidade. O aumento da dose de propofol durante a noite está associado a dificuldades no desmame de sedoanalgesia no dia seguinte. A utilização de contenção física como forma de prevenir a autoextubação restringe a autonomia dos utentes, piora os quadros de delirium e diminui as hipóteses de desmame de sedoanalgesia. A monitorização e documentação da dor foram inconsistentes. O estudo sugere que o género também pode afetar a dose de sedação e analgesia.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Idade e género dos utentes nas doses de sedoanalgesia Ventilação mecânica e presença de cateter venoso central Monitorização da dor Documentação da avaliação da dor

Informações gerais	
Título da publicação	Assessing pain in critically ill adults
Código de identificação	https://doi.org/10.4037/ccn2018781
Extração dos dados	
Autor(es)	American Association of Critical-Care Nurses (Gélinas, C.; Puntillo, K.)
Ano de publicação	2018
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo(s)	Não aplicável
Tipo de estudo/publicação	Revisão narrativa da literatura
Conteúdos relevantes / Conclusões	A utilização de escalas validadas melhora a monitorização da dor, a utilização de sedativos e analgésicos assim como os resultados dos utentes (diminuição do tempo de ventilação mecânica e menos eventos adversos). O uso de instrumentos na avaliação deve ser implementado após o treino para a sua utilização. Os sinais vitais não devem ser considerados o único indicador de dor pelo que devem ser pistas para iniciar uma avaliação. A família/pessoa significativa pode identificar comportamentos indicativos de dor, no entanto quando questionados sobre a sua intensidade esta tende a dar uma pontuação mais alta quando comparada com o autorrelato dos utentes. A ajuda da família na avaliação da dor pode ser combinada com a utilização de escalas comportamentais. Deve existir formação e treino na utilização de instrumentos para avaliação da dor. Devem ser desenvolvidos protocolos de gestão da dor que integrem instrumentos de avaliação da dor e medidas farmacológicas e não farmacológicas adaptadas aos resultados da avaliação da dor.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Utilização de instrumentos de avaliação da dor validados Formação e treino na aplicação de instrumentos para a avaliação da dor Presença da família como suporte na avaliação da dor Utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas Desenvolvimento de protocolos de gestão da dor

Informações gerais	
Título da publicação	Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study
Código de identificação	https://doi.org/10.1186/s12912-018-0281-3
Extração dos dados	
Autor(es)	Deldar, K.; Froutan, R.; Ebadi, A.
Ano de publicação	2018
País de origem	Irão
Objetivo(s)	Avaliar os desafios dos enfermeiros na utilização de instrumentos de avaliação da dor em utentes incapazes de comunicar em UCI
Tipo de estudo/publicação	Estudo qualitativo
Conteúdos relevantes / Conclusões	<p>Existem fatores que inibem a utilização de instrumentos de avaliação da dor em UCI. O estudo agrupa estes fatores em quatro categorias.</p> <p>Prioridade esquecida: a dor não era avaliada e não eram utilizados instrumentos de avaliação; interação inadequada do médico e enfermeiro relativamente à dor dos utentes; falta de um protocolo na gestão da dor.</p> <p>Barreiras a nível organizacional: rácio enfermeiro/utente inadequado que aumenta a carga de trabalho, limita o tempo e dificulta o processo de avaliação da dor com escalas comportamentais; presença de enfermeiros menos experientes devido à sua atenção em adquirir habilidades para trabalhar com os equipamentos de UCI, realizar procedimentos e calcular doses de fármacos.</p> <p>Barreiras ao nível das atitudes: enfermeiros relataram não acreditar na necessidade de escalas de avaliação da dor, uma vez que o utente se encontrava sedado; falha na compreensão da dor nos utentes inconscientes; no estudo os enfermeiros questionam a eficácia da utilização de escalas.</p> <p>Obstáculos ao conhecimento: o curso de Enfermagem não proporcionou conhecimento adequado sobre a avaliação da dor; os enfermeiros relatam que nem a escola nem o hospital lhes proporcionaram formação adequada sobre instrumentos na monitorização da dor.</p> <p>A gestão da dor é uma determinante na qualidade dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros desempenham um papel ativo na gestão da dor, mas existem poucos estudos sobre o papel que desempenham.</p> <p>A gestão da dor depende dos pontos de vista, da cultura e das crenças da equipa de saúde.</p> <p>Portanto, o treino na utilização de escalas de avaliação da dor e a existência de protocolos na gestão da dor são de extrema importância para melhorar a avaliação sistemática da dor em utentes de UCI e aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre a dor.</p>
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	<p>Não avaliação da dor</p> <p>Utilização de instrumentos de avaliação da dor</p> <p>Interação dos profissionais com o utente</p> <p>Existência de protocolos na gestão da dor</p> <p>Rácio enfermeiro/utente;</p> <p>Carga de trabalho</p> <p>Enfermeiros com menos experiência</p> <p>Eficácia da utilização de escalas na avaliação da dor;</p> <p>Cultura e crenças da equipa da saúde</p> <p>Conteúdos programáticos sobre a dor na formação de base</p> <p>Programas de formação contínua</p>

Informações gerais

Título da publicação	Impact of pain management algorithm on pain intensity of patients with loss of consciousness hospitalized in intensive care unit: a clinical trial
Código de identificação	https://doi.org/10.5812/msnj.90274
Extração dos dados	
Autor(es)	Dehghani, Z.; Keikhaei A.; Yaghoubinia F.; Keykha A.; Khoshfetrat M.
Ano de publicação	2018
País de origem	Irão
Objetivo(s)	Avaliar o impacto de um protocolo na gestão da dor em utentes inconscientes internados em UCI
Tipo de estudo/publicação	Ensaio clínico randomizado cego
Conteúdos relevantes / Conclusões	A implementação de um protocolo na gestão da dor em utentes inconscientes internados em UCI pode reduzir a intensidade da dor. A existência de um protocolo leva a um controlo e alívio da dor mais eficaz, uma vez que proporciona uma avaliação consistente da dor e avaliações repetidas do nível de dor de forma integrada. É importante a eficiência da monitorização da dor e da sua intensidade, registo e ajuste da dose do fármaco de acordo com a necessidade do utente, independentemente do nível de consciência. Pode-se concluir que no caso de utentes que não conseguem expressar o nível de dor, é possível controlar a dor por meio de instrumentos de avaliação da dor. Se a dor for controlada e tratada através de métodos farmacológicos e não farmacológicos, poderá resultar numa redução da dor. A utilização de protocolos ajuda os enfermeiros a fazer um uso mais eficiente das ferramentas de avaliação da dor e obriga-os a serem mais responsivos e responsáveis perante os utentes com dor.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Intervenções farmacológicas e não farmacológicas Estado de consciência Comunicação com o utente Existência de protocolos na gestão da dor Registo das intervenções Utilização de instrumentos de avaliação da dor

Informações gerais	
Título da publicação	Knowledge, practice and factors associated with pain management for adult critical ill patients among nurses working in federal hospitals of Addis Ababa Ethiopia 2020
Código de identificação	https://doi.org/10.11648/j.ajcem.20210902.12
Extração dos dados	
Autor(es)	Wondimagegn, Z. G.; Hailemariam, H. A.; Meshesha, T. A.; Olijra, S.
Ano de publicação	2021
País de origem	Etiópia
Objetivo(s)	Avaliar o conhecimento, a prática e os fatores associados à gestão da dor em utentes adultos internados em UCI por enfermeiros que trabalham em hospitais federais de Adis Abeba, Etiópia
Tipo de estudo/publicação	Estudo transversal
Conteúdos relevantes / Conclusões	O conhecimento dos enfermeiros na gestão da dor obteve uma pontuação acima da média. A analgesia multimodal resulta num melhor controlo da dor. Não houve diferença entre estado civil, local de trabalho, experiência profissional e idade

	relativamente ao conhecimento na gestão da dor mas cerca de 50% dos entrevistados tinham menos de 2 anos de experiência, sendo que apenas 3% tinham acima dos 11 anos de experiência. A maioria avaliou repetidamente a dor com instrumentos adequados tendo documentado a intervenção. A maioria dos enfermeiros utiliza protocolos e ferramentas de avaliação de dor. A maioria dos enfermeiros não recebeu formação sobre a gestão da dor em UCI nos últimos dois anos. Os enfermeiros com maior grau académico apresentam um conhecimento mais robusto sobre a gestão da dor. A formação realizada contribui para um aumento do conhecimento na gestão da dor.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Conhecimento sobre a gestão da dor Utilização de analgesia multimodal Utilização de instrumentos de avaliação da dor Documentação Implementação de diretrizes e protocolos na gestão da dor Grau académico Formação contínua específica na gestão da dor

Informações gerais	
Título da publicação	Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit
Código de identificação	https://doi.org/10.2147/JPR.S256406
Extração dos dados	
Autor(es)	Nordness, M. F.; Hayhurst, C. J.; Pandharipande, P.
Ano de publicação	2021
País de origem	Estados Unidos da América
Objetivo(s)	Avaliar vários métodos validados para avaliação da dor em UCI e apresentar opções de gestão da dor. Rever recomendações baseadas na evidência sobre gestão da dor
Tipo de estudo/publicação	Revisão narrativa da literatura
Conteúdos relevantes / Conclusões	<p>É fundamental o reconhecimento da dor como um problema prevalente no doente crítico, tendo em consideração o ambiente de cuidados intensivos, as técnicas e procedimentos associados (ventilação mecânica invasiva, sedação, procedimentos dolorosos), a alteração do estado mental do doente (agitação, delirium) e as limitações na sua capacidade de comunicar (incapacidade de autorelato da dor). A dor deve ser avaliada de forma sistemática, se possível com recurso ao auto-relato. Se o doente não conseguir comunicar, deverão ser usadas escalas comportamentais validadas.</p> <p>Apesar dos avanços no desenvolvimento e validação de múltiplos instrumentos de avaliação da dor, existe uma diminuta utilização desses instrumentos e é necessária uma adequação da sua utilização na prática.</p> <p>Verifica-se a existência de protocolos padronizados de avaliação e gestão da dor nas UCI, embora haja uma fraca adesão aos mesmos, registando-se uma maior adesão em serviços associados a contextos académicos/universitários.</p> <p>É necessária uma efetiva implementação e adesão aos protocolos padronizados de avaliação e gestão da dor. O recurso a estes protocolos está associado a um uso mais eficiente do controlo farmacológico da dor, com doses mais baixas de opióides e melhores <i>scores</i> numéricos de dor autorrelatada, embora essa associação nem sempre seja consistente entre os estudos, com alguns mostrando doses aumentadas em certas populações.</p> <p>Existe uma crescente compreensão e reconhecimento da importância dos regimes multimodais de controlo da dor e de novas e diversas opções de tratamento. São descritas múltiplas estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor.</p>

	As recomendações/guidelines emanadas por sociedade científicas e entidades competentes sobre controlo da dor assumem grande relevância neste domínio.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	<p>Ambiente de prestação de cuidados</p> <p>Técnicas e procedimentos associados aos cuidados</p> <p>Estado de consciência</p> <p>Capacidade de comunicação do utente</p> <p>Desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação da dor</p> <p>Utilização e adequação dos instrumentos na avaliação da dor</p> <p>Protocolos padronizados de avaliação e gestão da dor nas UCI</p> <p>Adesão aos protocolos de gestão da dor</p> <p>Compreensão e reconhecimento da importância dos regimes multidimensionais de controlo da dor</p> <p>Recomendações/guidelines sobre controlo da dor emanadas por sociedade científicas e entidades competentes</p>

Informações gerais	
Título da publicação	Nurses' perceived barriers to and facilitators of pain assessment and management in critical care patients: a systematic review
Código de identificação	https://doi.org/10.2147/JPR.S332423
Extração dos dados	
Autor(es)	Rababa, M.; Al-Sabbah, A.; Hayajneh, A.A.
Ano de publicação	2021
País de origem	Jordânia
Objetivo(s)	Avaliar as barreiras e os fatores facilitadores referidos pelos enfermeiros na gestão da dor em utentes adultos em cuidados intensivos
Tipo de estudo/publicação	Revisão sistemática
Conteúdos relevantes / Conclusões	<p>Barreiras relativas aos enfermeiros: baixo conhecimento sobre a dor no doente crítico (indicadores comportamentais do doente com dor, perceção da tolerância à dor, uso de escalas comportamentais na avaliação da dor, controlo farmacológico e não farmacológico da dor); atitudes inadequadas dos enfermeiros (uso impróprio e pouco sistemático de instrumentos de avaliação da dor, desconsideração da importância da avaliação da dor em utentes sedados ou com alteração do estado de consciência); utilização dos sinais vitais e comportamentos do utente como sinais objetivos de dor, em vez de utilização de instrumentos de avaliação; importância do autorrelato desconsiderada. O estudo evidenciou ainda que os enfermeiros não têm a perceção da necessidade de avaliar a dor ou administrar analgesia antes de procedimentos dolorosos e também insegurança do enfermeiro na classificação da dor o que limita a administração de analgésicos. O uso indevido de analgésicos também é relatado. Os enfermeiros têm várias crenças e ideias erradas relativamente à dor, nomeadamente tendem a encorajar os utentes a suportar a dor máxima antes de administrar analgesia e acreditam que os utentes com dor máxima não podem ser distraídos.</p> <p>Fatores facilitadores dos enfermeiros: melhoria do conhecimento conduz a uma melhor compreensão, interpretação e gestão da dor; conhecimento sobre medidas farmacológicas; formação contínua e treino na gestão da dor; utilização de instrumentos de avaliação da dor.</p> <p>Barreiras e fatores facilitadores relacionados com o utente: a barreira mais frequente é a incapacidade do utente em comunicar; instabilidade hemodinâmica; história de abuso de substâncias, álcool e tentativas de suicídio; o autorrelato da dor é visto como uma condição facilitadora do utente; a utilização de estratégias alternativas como papel e caneta pelos utentes que não conseguem comunicar com os enfermeiros pode ajudar a interpretar a dor.</p>

	<p>Barreiras e fatores facilitadores relacionados com o médico: o facto da prescrição médica de analgésicos não depender da avaliação da dor; má interação entre médicos e enfermeiros impede um tratamento eficaz; a falta de experiência dos médicos mais novos e a carga de trabalho dos médicos seniores pode impactar negativamente na gestão da dor; a interação adequada entre a equipa facilita a gestão da dor.</p> <p>Barreiras relacionadas com o sistema/organização: falta de padronização na utilização de instrumentos de avaliação da dor; falta de diretrizes e protocolos na gestão da dor; carga de trabalho dos enfermeiros; falta de enfermeiros nas UCI; rácio enfermeiro/utente inadequado; formação contínua insuficiente no âmbito da dor; falta de documentação da avaliação da dor; falta de tomada de decisão autónoma no âmbito da dor; ambiente hospitalar precário; hospitais privados e governamentais utilizam instrumentos de avaliação da dor com menos frequência que os hospitais escola.</p> <p>Facilitadores relacionados com o sistema/organização: Formação contínua e treino dos profissionais de cuidados intensivos</p>
<p>Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor</p>	<p>Conhecimento sobre a gestão da dor (indicadores comportamentais do utente com dor, tolerância à dor, uso de escalas comportamentais na avaliação da dor, controlo farmacológico e não farmacológico da dor)</p> <p>Crenças e atitudes dos profissionais</p> <p>Autorrelato na avaliação da dor</p> <p>Padronização na utilização de instrumentos de avaliação da dor</p> <p>Formação contínua e treino específico na gestão da dor</p> <p>Utilização de estratégias alternativas na comunicação com o utente</p> <p>Adequação das prescrições médicas</p> <p>Comunicação entre médicos e enfermeiros</p> <p>Falta de experiência</p> <p>Carga de trabalho</p> <p>Falta de profissionais</p> <p>Condição clínica do utente</p> <p>Antecedentes pessoais</p> <p>Rácio enfermeiro/utente</p> <p>Documentação da dor</p> <p>Tomada de decisão autónoma</p> <p>Ambiente hospitalar</p> <p>Protocolos padronizados na gestão da dor</p> <p>Diferenças entre hospitais privados, públicos e universitários</p>

Informações gerais	
<p>Título da publicação</p>	<p>Intensive care unit nurses perception of pain management and assessment: a narrative review of the literature</p>
<p>Código de identificação</p>	<p>https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28498</p>
Extração dos dados	
<p>Autor(es)</p>	<p>Matos, W. D. V.; Pacheco, M. D. A.; Castilho, F. de N. F.; Arrais, D. J. de L. A.; Figueiredo Júnior, A. M.; Rodrigues, W. C. C.; Vera, S. O. Da; Nascimento, J. H. S.; Ribeiro, I. P.; Freitas, J. J. da S.</p>
<p>Ano de publicação</p>	<p>2022</p>
<p>País de origem</p>	<p>Brasil</p>
<p>Objetivo(s)</p>	<p>Analisar a percepção de enfermeiros de cuidados intensivos sobre os aspetos relacionados com gestão da dor</p>
<p>Tipo de estudo/publicação</p>	<p>Revisão narrativa da literatura</p>
<p>Conteúdos relevantes / Conclusões</p>	<p>O estudo demonstrou que existem divergências no conhecimento dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre a monitorização e tratamento da dor. O tempo de formação, grau de escolaridade e a classe profissional são fatores que influenciam</p>

	a percepção dos aspetos relacionados com a gestão da dor sendo que a mesma é inadequada. O conhecimento dos enfermeiros é insuficiente sobre métodos e instrumentos utilizados para avaliar a dor. O conhecimento é satisfatório relativamente à abordagem terapêutica na gestão da dor e adequado sobre o mecanismo fisiológico da dor. Existe falta de programas de educação permanente e continuada. Há necessidade dos enfermeiros utilizarem protocolos de forma a padronizar a conduta na gestão da dor em UCI. Verifica-se um maior conhecimento por parte dos enfermeiros que trabalham no setor privado relativamente ao público com provável associação à penalização dos profissionais pelo não cumprimento dos protocolos.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação, abordagem terapêutica e mecanismo fisiológico da dor Programas de formação contínua Grau académico Classe profissional Utilização de protocolos na gestão da dor Responsabilização dos profissionais pelos seus atos.

Informações gerais	
Título da publicação	Knowledge, attitude, practice and perceived barriers of nurses working in intensive care unit on pain management of critically ill patients: a cross-sectional study
Código de identificação	https://doi.org/10.1186/s12912-022-00990-3
Extração dos dados	
Autor(es)	Sweity, E. M.,M; Salahat, A. M.; Sada, A. alrhman; Aswad, A.; Zabin, L. M.; Zyoud, S. H.
Ano de publicação	2022
País de origem	Palestina
Objetivo(s)	Avaliar o conhecimento, as atitudes e a prática dos enfermeiros em relação à dor em UCI no estado da Palestina e determinar as barreiras para o sucesso da gestão da dor em utentes internados em UCI
Tipo de estudo/publicação	Estudo transversal, observacional e descritivo
Conteúdos relevantes / Conclusões	O estudo evidenciou conhecimento insuficiente dos enfermeiros sobre a dor nas UCI. Não foi encontrada relação entre idade, experiência e local de trabalho ao nível do conhecimento sobre a dor. Relativamente ao nível de escolaridade, à medida que aumentou, a intensidade de dor sentida pelos utentes diminuiu. Além disso, os enfermeiros com formação sobre gestão da dor apresentam melhores resultados em UCI. Os enfermeiros apresentam atitudes negativas relativamente à gestão da dor, nomeadamente que os utentes conseguem dormir independentemente da intensidade da dor, contudo afirmam que o utente é o melhor “juíz” na avaliação da intensidade da dor. O estudo destaca ainda obstáculos ao nível da gestão da dor nomeadamente a relutância por parte dos médicos em prescrever fármacos opióides. O utente também apresentou desconhecimento no controlo da dor. O constrangimento mais prevalente relacionado com o sistema de saúde é o controlo rigoroso do consumo de opiáceos. O estudo revelou práticas inadequadas dos enfermeiros na avaliação da dor, uma vez que cerca de 50% avaliaram ocasionalmente a dor, no entanto sempre que avaliaram foi feito o registo da intensidade e principais características da dor. Perto de 40% dos utentes relataram sentir dor. Na gestão da dor, à medida que a idade e experiência do profissional aumentaram houve melhores resultados. O trabalho em equipa ajuda a alcançar melhores resultados na gestão da dor.
Fatores encontrados que influenciam a gestão da dor	Conhecimento sobre a gestão da dor Grau académico Formação específica na gestão da dor Atitudes dos profissionais

Fatores que Influenciam a Gestão da Dor em Unidades de Cuidados Intensivos

	<p>Prescrição médica Autorrelato na avaliação da dor Controlo rigoroso a nível organizacional no consumo de opiáceos Práticas inadequadas como não avaliação da dor Avaliação da dor Idade e experiência Educação do utente relativamente à dor Trabalho em equipa</p>
--	--