

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Avaliação da Dor na Pessoa não comunicante em contexto de cuidados
pós-anestésicos**

João Pedro Teodósio de Oliveira

Leiria, agosto de 2023

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

RELATÓRIO FINAL

Desenvolvimento de Competências Especializadas em Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica

**Avaliação da Dor na Pessoa não comunicante em contexto de cuidados
pós-anestésicos**

Apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área
de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

João Pedro Teodósio de Oliveira – n.º 5210019

Orientador: Professora Doutora Cristina Raquel Batista Costeira

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório

Leiria, agosto de 2023

PENSAMENTO/DEDICATÓRIA

“A verdadeira viagem de descoberta não é procurar novas paisagens, mas ver com novos olhos”

Marcel Proust

Dedicado com todo o amor à Ana, ao Miguel e à Maria.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Cristina Costeira, pela orientação de excelência, disponibilidade e motivação que foram uma constante ao longo deste percurso formativo. O seu acompanhamento no processo de aprendizagem em ensino clínico e no desenvolvimento do projeto de investigação/ação levaram à criação de um pensamento mais estruturado, determinante na aquisição de competências especializadas.

Ao Professor Doutor Sérgio Soares pelo olhar singular transmitido sobre a supervisão clínica nos contextos formativos, despertando para o efeito potenciador da relação supervisiva nas experiências vivenciadas em ensino clínico.

Às enfermeiras especialistas, Ângela, Inês e Andreia, pela orientação nos diferentes contextos clínicos, momentos de reflexão sobre a prática de enfermagem especializada e experiências proporcionadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou família. Estes momentos serviram de base no processo crítico-reflexivo que elevou o nível de compreensão e integração de conhecimentos, perspetivando sempre a qualidade e segurança dos cuidados.

Ao Instituto Nacional de Emergência Médica e aos enfermeiros especialistas Vítor Almeida e Alexandre Fragoso, por promoverem e dinamizarem a aquisição de competências profissionais em enfermagem. As aprendizagens e a reflexão que decorreram da prestação de cuidados em contexto extra-hospitalar contribuiu de forma ímpar para melhorar os cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica e para dinamizar a resposta em situações de emergência e exceção.

A toda a família, mas em especial à Ana pelo apoio incondicional em todos os momentos.

RESUMO

O relatório final é um documento que pretende compilar as experiências vivenciadas em três ensinamentos clínicos (urgência, cuidados intensivos e extra-hospitalar), através de uma reflexão crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação crítica. Pretende também, evidenciar o desenvolvimento de competências transversais como sejam o planeamento e operacionalização de projetos de melhoria contínua através da metodologia de investigação-ação.

Neste âmbito, reconhecendo e valorizando a dor enquanto 5.º sinal vital e como um dos mais prevalentes focos de enfermagem na pessoa em situação crítica, foi desenvolvido um projeto com o tema “Avaliação da Dor na Pessoa não comunicante em cuidados pós-anestésicos”. Este projeto, baseado no ciclo de *Deming*, visou a identificação das dificuldades dos enfermeiros no processo de heteroavaliação da dor, a implementação e treino de instrumentos como a *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient / Versão Portuguesa (BPS-IP/PT)* e *Pain Assessment in Advanced Dementia – Versão Portuguesa (PAINAD-PT)*, e a avaliação da satisfação dos enfermeiros no processo de heteroavaliação da dor. O desenvolvimento deste estudo decorreu num serviço de cuidados pós anestésicos de um hospital na região centro, onde o mestrando desenvolvia funções como enfermeiro.

Estruturalmente o presente relatório encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte integra o percurso realizado pelo mestrando nos diferentes locais de ensino clínico, onde de forma crítico-reflexiva são descritas as atividades e intervenções desenvolvidas para a consecução das competências comuns e específicas nesta área de especialização. A segunda parte deste relatório surge no âmbito do desenvolvimento do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e reporta-se ao artigo científico elaborado segundo as regras para publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência; Enfermagem de Cuidados Críticos; Assistência Pré-Hospitalar; Medição da dor; Manejo da Dor; Comunicação não Verbal;

ABSTRACT

The final report is a document that aims to compile the experiences lived in three clinical contexts (emergency, intensive care and prehospital), through a critical-reflective reflection on the development of common and specific skills of the competences of the nurse specialising in medical-surgical nursing in the area of specialisation of the person in critical situation. It also aims to highlight the development of transversal skills such as the planning and implementation of continuous improvement projects through the action-research methodology.

In this context, recognising and valuing pain as the 5th vital sign and as one of the most prevalent nursing focuses on critically ill patients, a project was developed with the theme Pain assessment in the non-communicating Person in post-anaesthesia care. This project, based on Deming's cycle, aimed at identifying nurses' difficulties in the process of pain hetero-assessment, implementing and training instruments such as the Behavioral Pain Scale - Intubated Patient / Portuguese Version (BPS-IP/PT) and Pain Assessment in Advanced Dementia - Portuguese Version (PAINAD-PT), and assessing nurses' satisfaction in the process of pain hetero-assessment. This study was developed in the post-anaesthesia care unit of a hospital in the central region of Portugal, where the master's student is a nurse.

Structurally, this report is divided into two distinct parts. The first part integrates the path followed by the master's student in the different clinical teaching sites, where the activities and interventions developed to achieve the common and specific competencies in this area of specialisation are described in a critical-reflective way. The second part of this report arises from the development of the project for continuous improvement of the quality of nursing care and refers to the scientific article prepared according to the rules for publication in the Latin American Journal of Nursing.

Keywords: Emergency Nursing; Critical Care Nursing; Prehospital Care; Pain Assessment; Pain Management; Nonverbal Communication;

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

B-ICU.Care® – *Bsimple Intensive Care Unit*®

BIS – *Bispectral index*

BPS-IP/PT – *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient / Versão Portuguesa*

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPSS – *Cincinnati Prehospital Stroke Scale*

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensinos Clínicos

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

EEH – Emergência Extra-Hospitalar

EEMIH – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

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

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

ERC – Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

ESS – Escola Superior de Saúde

GCS – *Glasgow Coma Scale*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

iTEAMS® – *INEM Tool for Emergency Alert Medical System*®

JCI® – *Joint Commission International*®

N.º – Número

NAS – *Nursing Activities Score*

NEWS – *National Early Warning Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

P. – Página

PAINAD-PT – *Pain Assessment in Advanced Dementia* – Versão Portuguesa

PBCI – Precauções Básicas de Controlo da Infeção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEE – Plano de Emergência Externo

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RACE – *Rapid Arterial Occlusion Evaluation*

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RNEHR – Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIRESP® – Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal®

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPIKES – *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*

START – *Simple Triage and Rapid Treatment*

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TEPH – Técnico de Emergência Pré-Hospitalar

TETRICOSY® – *Telephonic TRIage and COounseling SYstem*®

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

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	15
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	15
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL.....	17
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	21
1.3. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR – SUPORTE IMEDIATO DE VIDA.....	25
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	28
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	28
2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	29
2.1.2. Melhoria contínua da qualidade.....	32
2.1.3. Gestão dos cuidados.....	38
2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	42
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	46
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.....	46
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	55
2.2.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.....	59
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	64
3. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.....	64

3.1. ARTIGO: AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA NÃO COMUNICANTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS	64
CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

APÊNDICES

APÊNDICE I: FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ABORDAGEM DA VIA AÉREA NA SALA DE EMERGÊNCIA

APÊNDICE II: FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CAPNOGRAFIA EM CUIDADOS INTENSIVOS

APÊNDICE III: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

APÊNDICE IV: FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CAPNOGRAFIA EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

APÊNDICE V: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO – EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

APÊNDICE VI: TRABALHO COM TERMINOLOGIA SUPORTADA NA CIPE®

APÊNDICE VII: CURSO DE AVALIAÇÃO E ABORDAGEM À PESSOA COM DOR - BÁSICO

APÊNDICE VIII: TABLETOP – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO

APÊNDICE IX: COMUNICAÇÃO LIVRE - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE: REVISÃO TEÓRICA

APÊNDICE X: NORMA-PROCEDIMENTO: AVALIAÇÃO DA DOR NO ADULTO

APÊNDICE XI: FLUXOGRAMA: AVALIAÇÃO DA DOR NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ANEXOS

ANEXO I: *REVISED STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT REPORTING EXCELLENCE SQUIRE 2.0*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.....	70
Tabela 2 – Resumo de respostas sobre processo de avaliação de dor na UCPA	72
Tabela 3 – Dificuldades na aplicação dos instrumentos de heteroavaliação	74
Tabela 4 – Satisfação dos enfermeiros na utilização de instrumentos de heteroavaliação....	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Principais dificuldades identificadas na aplicação de instrumentos de heteroavaliação pelos enfermeiros na UCPA.....	73
--	----

INTRODUÇÃO

Atualmente os cuidados de saúde, e em particular os cuidados de enfermagem, assumem uma importância crescente, exigindo um elevado conhecimento técnico e científico, sendo imperativo a diferenciação e especialização em enfermagem. Nesse âmbito, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Esta capacidade e desempenho que caracteriza o enfermeiro especialista é constituída por um conjunto de competências comuns, destacando-se a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando a prática de enfermagem especializada no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). É de realçar que a competência na tomada de decisão assume um papel fundamental na formação em enfermagem, destacando-se nesta área a importância que ensinamentos clínicos (EC) adquirem enquanto momentos oportunos pautados pela reflexão crítica, promovendo uma construção do saber profissional do estudante em contextos específicos (Marques et al., 2021). Salienta-se ainda a importância do desenvolvimento de projetos de melhoria contínua, enquanto estratégias basilares na promoção e construção de um espírito crítico-reflexivo, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem.

Devido à elevada complexidade dos cuidados em enfermagem é imperativo a diferenciação em áreas distintas, adequando as respostas às necessidades de saúde das pessoas, exigindo dos enfermeiros especialistas um conjunto de competências específicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) tem competência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018 p. 19362). Nesta área de especialidade em enfermagem, é reconhecido ao enfermeiro especialista a competência na prestação de cuidados de forma eficaz e em tempo útil, em resposta às necessidades afetadas, garantindo assim a manutenção das funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades com o objetivo da recuperação total da pessoa (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) com Relatório, integrado no 3.º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC, foi proposto aos mestrandos a elaboração

de um relatório final com referência aos diferentes locais onde decorreram os EC. A sua elaboração respeitou o atual Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. A referenciação bibliográfica foi realizada segundo as orientações da sétima edição da *American Physiological Association*.

Este encontra-se dividido em duas partes distintas. A parte I tem como objetivo abordar a forma como se desenvolveram as competências comuns e específicas do EEEMCPSC, descrevendo as atividades desenvolvidas, dificuldades encontradas e as estratégias utilizadas nos diferentes EC. Cada ensino clínico teve uma duração de 180 horas, sob a orientação de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com início no serviço de urgência geral (SUG) de um centro hospitalar da região centro, com posterior passagem pelo serviço de medicina intensiva (SMI) do mesmo centro hospitalar e culminando em ambiente extra-hospitalar numa ambulância de suporte imediato de vida (SIV) da delegação regional do centro do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Este percurso formativo contou com a supervisão pedagógica do Professor Doutor Sérgio Soares no SUG e da Professora Doutora Cristina Costeira no SMI e na ambulância SIV.

Os diferentes locais dos EC revelaram-se essenciais no processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas esperadas do EEEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), a diversidade dos contextos clínicos e das situações experienciadas promoveu a autonomia profissional através do desenvolvimento de atividades na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família, estimulando o espírito crítico-reflexivo, o raciocínio clínico, tomada de decisão e resolução de problemas complexos, respeitando as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

No decorrer dos EC foram adotados como referenciais teóricos as teorias de Meleis, Kolcaba e Benner, que sustentaram a prática clínica desenvolvida.

A parte II tem como objetivo apresentar, em formato de artigo científico, um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados com o tema “Avaliação da Dor na Pessoa não comunicante em contexto de cuidados pós-anestésicos”, tendo por suporte, o guião disponibilizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013) para a organização dos Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), baseado no ciclo de *Deming (Plan, Do, Check, Act/Adjust)*. O artigo apresentado foi redigido segundo as regras para publicação da revista Latino-Americana de Enfermagem e teve por base o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (ANEXO I).

A escolha do tema foi, para além do interesse e gosto pessoal, baseada num *brainstorming* realizado com 37 enfermeiros, que constituíam a população do estudo, e que desempenhavam funções na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), de um bloco operatório, localizado numa unidade hospitalar onde são exercidas funções como enfermeiro. Estes identificaram como fragilidade dos cuidados a avaliação da dor na pessoa não comunicante. Foram ainda identificadas as limitações existentes no processo de heteroavaliação e a desatualização de políticas institucionais no âmbito da avaliação da dor.

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto pós-cirúrgico exige dos profissionais a responsabilidade e competência no âmbito da avaliação, diagnóstico e registo sistemático da intensidade da dor (OE, 2008). É determinante que os enfermeiros e outros profissionais de saúde não desvalorizem, subestimem ou negligenciem a dor (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

Sabe-se que a presença de dor após a cirurgia é um fenómeno frequente (Glare et al., 2019) e a sua persistência após uma lesão e intervenção cirúrgica constitui um problema de grande potencial para a sociedade (*International Association for the Study of Pain* [IASP], 2021). Destaca-se a dor enquanto experiência sensorial e emocional desagradável, ou semelhante à associada a danos reais ou potenciais nos tecidos, sendo revestida por um carácter de subjetividade, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (IASP, 2020).

A dor deve ser entendida como o 5.º sinal vital (DGS, 2003) e a sua gestão inadequada pode constituir uma problemática em saúde, levando à transição de dor aguda para dor crónica, nomeadamente, quando se refere à dor pós-cirúrgica (Gilron et al., 2017; Glare et al., 2019). Esta gestão de dor é acrescida de maior dificuldade quando as pessoas se encontram sedadas ou incapazes de realizar o autorrelato da sua dor, revelando-se um desafio para o desempenho dos profissionais (Chanques et al., 2009).

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS

O processo de aquisição de competências especializadas em enfermagem contemplou o contato com diferentes contextos de prestação de cuidados à PSC e/ou família, requerendo do mestrando uma capacidade de adaptação situacional, promovendo o espírito crítico-reflexivo e a mobilização de diferentes conhecimentos e saberes.

No que respeita à competência em enfermagem, Alarcão e Rua (2005) referem que “o desempenho competente é a face visível da competência” (2005, p. 375), em que o profissional, o enfermeiro, sabe exatamente o que fazer em cada situação, adaptando a sua atuação a cada contexto.

A multiplicidade de situações de cuidados à PSC e família proporcionadas em EC facilitou a aprendizagem e integração de conhecimentos. Esta dialética criada entre o conhecimento teórico e o contexto prático foi potenciada pela realização de processos de (auto)reflexão, que promoveram o autoconhecimento e a gestão adequada de emoções e comportamentos. É neste âmbito que Alarcão e Rua (2005) referem a importância dos EC, caracterizando-os como contextos de enorme riqueza, devido às suas múltiplas dimensões formativas que proporcionam ao estudante. Não se querendo elencar todas elas, destaca-se a dimensão realista e técnica que cada EC proporcionou, devido à integração na realidade profissional dos enfermeiros especialistas, com a execução de protocolos complexos e intervenções de elevada exigência técnica. Sublinha-se também a dimensão reflexiva, por permitir de forma crítica elevar o entendimento das intervenções e a atuação diferenciada do EEMCPSC, segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados e o Código Deontológico do enfermeiro. Considera-se ainda igualmente importante, a dimensão construtivista e transformadora, pela estimulação do pensamento crítico-reflexivo que levou a uma construção e reconstrução de saberes.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

A realização deste curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC) permitiu desenvolver competências especializadas em três locais de EC, segundo o Plano Curricular do Despacho n.º 8925/2020 sob proposta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (2020).

Os contextos onde decorreram os EC tiveram por base uma escolha prévia, sustentada por diferentes motivos, desde o nível de diferenciação dos cuidados de saúde prestados à PSC, à multiplicidade de situações possíveis de experienciar nesta área específica, mas também

devido a um enquadramento próximo da realidade profissional do mestrando, perspetivando assim o estabelecimento de paralelismos com o seu contexto, facilitando a integração diferenciada de conhecimentos e uma compreensão aprofundada do cuidado à PSC e/ou família.

O primeiro EC foi realizado num SUG e o segundo, em contexto de cuidados intensivos, foi realizado num SMI, ambos pertencentes ao mesmo centro hospitalar, localizado na região centro de Portugal. Já o EC de opção foi realizado em contexto de emergência extra-hospitalar (EEH), em ambulância SIV, integrada num serviço de urgência básica, sob a coordenação da delegação regional do centro do INEM.

Os EC são ambientes formativos de importância inegável no que diz respeito ao desenvolvimento de competências profissionais. Neste âmbito Alarcão e Rua (2005) referem que “neste ambiente formativo é suposto que o aluno desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e prático, através da interação com situações reais em contextos diferenciados” (2005, p. 376). Também para Carvalho (2003), os EC constituem uma componente de formação indispensável para apropriação de saberes e para o desenvolvimento de competências, uma vez que possibilita ao aluno um contato com a realidade que irá promover uma atitude crítica e reflexiva.

É de salientar que os EC foram precedidos de um projeto de aprendizagem, com a identificação de diferentes problemas/objetos de aprendizagem e com o respetivo estabelecimento de resultados esperados e atividades a desenvolver em cada contexto clínico. A elaboração dos projetos de aprendizagem teve por base as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as específicas do EEEMCPSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este planeamento foi vantajoso enquanto linha orientadora do processo de aprendizagem, facilitando a organização e atuação profissional perspetivando a aquisição e o desenvolvimento de competências necessárias para uma prática especializada.

Esta componente formativa proporcionada pelos EC é fulcral no desenvolvimento de competências profissionais em enfermagem (Alarcão & Rua, 2005). Considera-se, assim, que o contexto de aprendizagem experienciado nos diferentes EC favoreceu a mobilização de conhecimentos numa perspetiva interdisciplinar, promovendo o contato com a prática em enfermagem à PSC e/ou família e o desenvolvimento de uma identidade profissional especializada.

A procura pela aquisição de competências especializadas nesta área específica em enfermagem, resultou de processos (auto)reflexivos que promoveram o desenvolvimento de uma prática de enfermagem especializada à PSC. Desta forma, foi com grande expectativa, motivação e humildade que se encarou cada EC, assistindo-se de forma crescente ao desenvolvimento pessoal e profissional, numa redefinição de identidade.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

A escolha deste local de EC prendeu-se com o facto de ser um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC). Segundo o Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014), o SUMC é um serviço caracterizado pela capacidade primordial em apoio diferenciado e resposta a situações que necessitem de cuidados mais diferenciados, funcionado em rede de referenciação com outras unidades hospitalares. Assim, e pela sua capacidade de resposta e prestação de cuidados de saúde em diferentes valências médicas, demonstrou ser um excelente contexto de aprendizagem, capaz de proporcionar uma experiência muito enriquecedora e com um grande potencial para a reflexão sobre as mais diversas situações.

Este SUG, no qual se desenrolou o EC, tinha como missão a prestação de cuidados de saúde a doentes urgentes e emergentes de forma permanente, nas 24 horas durante todos os dias do ano. Existia uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas e técnicos de diagnóstico e terapêutica, que, de uma forma articulada, prestavam cuidados a todos os doentes. Este trabalho em equipa revelava-se primordial perante a exigência requerida na prestação de cuidados à PSC.

De forma a garantir uma prestação de cuidados adequados e com qualidade, era realizada uma triagem dos doentes segundo o Protocolo de Triagem de Manchester. A utilização desta metodologia de triagem encontra-se contemplada no Despacho n.º 1057/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2015), que tem como objetivo uma identificação precoce de situações que necessitem da prestação de cuidados de saúde de forma atempada. Este aspeto é essencial, pois permite ao doente ser encaminhado corretamente e em tempo útil, estando previstos tempos alvos no atendimento de acordo com a cor da prioridade atribuída: vermelho – 0 minutos, laranja – 10 minutos, amarelo – 60 minutos, verde 120 – minutos, azul – 240 minutos.

O protocolo de triagem de Manchester é realizado através de um programa de *software* dedicado, com ligação ao sistema informático SClínico® que, por sua vez, permite a integração da informação com outros programas clínicos e disponibiliza espaço para os registos de enfermagem. Na perspetiva de Akhu-Zaheya et al. (2018) os registos de enfermagem

permitem a partilha de informação entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, revelando-se numa ferramenta crucial para garantir a segurança, qualidade e continuidade dos cuidados de saúde. Simultaneamente, são usadas outras aplicações informáticas: o *software* Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia® para gestão de terapêutica e materiais; a aplicação Modulab® para colheitas e análises laboratoriais, revelando-se ferramentas essenciais na prestação de cuidados de saúde de forma segura e eficaz no SUG.

No que respeita a organização da estrutura interna hospitalar e de forma a dar uma resposta eficaz à PSC este SUG localizava-se próximo do Bloco Operatório Central, da Unidade de Cuidados Agudos Polivalente e do Serviço de Imagiologia. Em relação á orgânica funcional o SUG encontrava-se dividido em áreas distintas para as quais eram encaminhados os doentes com base na prioridade atribuída na triagem:

- Área verde – capacidade para 13 macas e 5 cadeirões
- Área amarela – capacidade para 23 macas e 15 cadeirões
- Área laranja – capacidade para 14 macas, 8 cadeirões, com 1 quarto de isolamento.
- Área vermelha ou Sala de emergência (SE) – capacidade para 5 macas
- Área roxa ou Sala de ortotrauma – capacidade 4 macas

Verificou-se, assim, que o SUG se apresentava sobredimensionado face ao número de admissões que registava diariamente, muito próximo das trezentas/dia, enfrentando com regularidade problemas de sobrelotação de doentes. Assistiu-se, com frequência, à ativação do procedimento interno institucional para a gestão de fluxo de doentes em situações de sobrelotação, onde se encontravam contemplados 4 níveis de ativação, permitindo a mobilização de recursos internos e externos à instituição, de forma a garantir uma prestação de cuidados com segurança e qualidade ao doente.

No que concerne à distribuição de enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho no SUG, e analisando o Regulamento n.º 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados (2019), conclui-se que era difícil determinar um cálculo correto e adequado, tendo por base os postos de trabalho, as horas de funcionamento por dia e o número de dias que funciona por ano, pelo período normal de trabalho do enfermeiro. Destaca-se que, neste cálculo, não é considerado o número de doentes que permanece internado no SUG por mais de 24h, nem é considerado o nível de diferenciação dos cuidados prestados, com base na prioridade atribuída ao doente na triagem. Esta situação contribui, pontualmente, para uma resposta limitada na prestação de cuidados no SUG, traduzindo-se em dificuldades dos

enfermeiros para garantir a segurança dos doentes e manter os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001a).

No SUG os enfermeiros são distribuídos pelas principais áreas de cuidados da seguinte forma:

- Gabinetes de triagem – 2 enfermeiros no total, 1 em cada posto de trabalho por turno;
- Posto de retriagem – 1 enfermeiro no turno da manhã e da tarde;
- Gabinete de informações aos familiares – 1 enfermeiro no turno da manhã e da tarde;
- Área verde – 2 enfermeiros por turno e Área Verde 2 – 2 enfermeiros por turno;
- Área amarela – 4 enfermeiros por turno;
- Área laranja – 4 enfermeiros por turno;
- SE – 2 enfermeiros por turno;
- Sala de ortotrauma – 1 enfermeiro no turno da manhã e da tarde.

É de salientar que a distribuição de enfermeiros apresentava algumas particularidades. Nos postos de triagem e retriagem era exigida formação em Triagem de Manchester, enquanto que na SE era obrigatória a formação em suporte avançado de vida (SAV), treino adequado e domínio dos protocolos de atuação.

Os enfermeiros na SE orientavam a sua atuação de abordagem à PSC com base na metodologia ABCDE – *Airway* (via aérea), *Breathing* (ventilação), *Circulation* (circulação), *Disability* (disfunção neurológica), *Exposure* (exposição), procurando assim desenvolver uma avaliação sistematizada, capaz de identificar eficazmente focos de instabilidade e intervir de acordo com a prioridade estabelecida (Perkins et al., 2021; Soar et al., 2021). É de referir que atualmente esta abordagem inicial é complementada por uma avaliação secundária (Elsevier, 2023; *Emergency Nurses Association*, 2019), incidindo na avaliação completa de sinais vitais e na presença da família, na obtenção de equipamentos de monitorização e na promoção de conforto, na história clínica e no exame físico, na inspeção das superfícies posteriores e por fim nas reavaliações. Este método revelou ser um instrumento fundamental para uma prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação de instabilidade e risco de falência orgânica.

A organização dos cuidados de enfermagem no SUG contava com diferentes métodos de trabalho. Deste modo, observou-se na SE e na sala de ortotrauma maioritariamente o método de trabalho individual, em que cada enfermeiro assumia integralmente a responsabilidade na prestação dos cuidados de forma individualizada (Parreira et al., 2021). Porém, perante situações de grande afluência de doentes à SE, assistiu-se a uma transição para o método

de trabalho em equipa, verificando-se uma liderança e orientação, do enfermeiro coordenador, através do planeamento e avaliação das intervenções de enfermagem. Em relação às maiores áreas de prestação de cuidados (verde, amarela e laranja) observou-se a adoção do método de trabalho funcional, em que os cuidados deixaram de estar centrados no doente e passaram a estar centrados na tarefa (Parreira et al., 2021), privilegiando a execução de procedimentos e tarefas associadas à prestação de cuidados. Este último método gera dificuldades aos enfermeiros na aplicação do processo de enfermagem, estando associado a um risco acrescido de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), insatisfação dos doentes e desumanização dos cuidados (Parreira et al., 2021).

A equipa de enfermagem deste serviço era constituída por 130 enfermeiros, mas apenas 22 destes eram especialistas, entre os quais 18 na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC). Assim, não se atingiam os números preconizados pelo Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014), onde se refere que 50% dos enfermeiros do SUMC devem ser detentores do título de EEEMCPSC. Este facto, é catalisador de um aumento dos riscos e complicações inerentes aos cuidados prestados.

Importa ainda referir que na equipa de enfermagem existia um enfermeiro gestor e dois enfermeiros de apoio à gestão e formação no serviço, estando presentes apenas no turno da manhã. Com o intuito de facilitar o funcionamento do serviço, os enfermeiros encontravam-se organizados em cinco equipas distintas, respeitando um horário *roulement* que funcionava no período da manhã das 8 às 15 horas, no período da tarde das 15 às 23 horas e no período da noite das 23 às 8 horas.

Todas as equipas eram constituídas por um enfermeiro responsável de equipa, que frequentemente assumia as funções de enfermeiro coordenador, desempenhando funções de supervisão e organização na prestação de cuidados. Verificou-se que este elemento era também responsável por otimizar a gestão dos recursos humanos, enfermeiros e assistentes operacionais nas diferentes áreas. Assumia também uma função de gestão dos materiais/equipamentos, participava no processo de gestão de camas e era responsável por promover a continuidade dos cuidados e melhoria da qualidade no serviço.

De forma a procurar o equilíbrio entre as equipas, e devido ao número reduzido de enfermeiros especialistas, existia a preocupação de organizar o horário de forma a que os enfermeiros com menor experiência profissional pudessem ser apoiados por enfermeiros especialistas e enfermeiros peritos. Segundo Benner (2001), os enfermeiros peritos são aqueles capazes de se aperceber da situação como um todo, reconhecendo os contextos particulares da situação e os seus significados, sendo facilmente reconhecidos por todos os elementos da equipa, como tal.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

A escolha deste local de EC teve por base dois fatores principais, em primeiro lugar, o facto de se desenvolverem funções na instituição, onde decorreu o EC, e, portanto, existia um conhecimento prévio das características do serviço, que antevia um elevado número de experiências com potencial de aprendizagem. Em segundo lugar, a experiência prévia realizada em contexto pandémico, na prestação de cuidados em medicina intensiva. Estes dois fatores funcionaram como um efeito potenciador no processo de aprendizagem, facilitando a compreensão da dinâmica, funcionamento interno do SMI e articulação com os restantes serviços da unidade hospitalar.

Segundo o Ministério da Saúde – Direção de Serviços de Planeamento (2003) as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (2003, p. 6). Nesse sentido, e segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013), as UCI devem contemplar diversos fatores, tais como o nível de dependência dos doentes, o tempo de internamento, a necessidade de cuidados altamente diferenciados por profissionais especializados e a utilização de equipamentos de elevada complexidade.

Estruturalmente, o SMI detinha 10 unidades individuais de cuidados, 6 unidades em sistema tipo *open-space* e 4 unidades em quartos individuais com capacidade de isolamento, das quais apenas 3 unidades tinham capacidade para realizar pressão positiva e negativa, proporcionando respetivamente ambientes de proteção e contenção, conforme as necessidades dos doentes. Segundo o Ministério da Saúde (2017), na Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência (RNEHR) é referido que este centro hospitalar tem 10 camas de nível III, definindo as mesmas como camas “vulgarmente designadas de intensivas devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida, portanto necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (2007, p. 7).

Fazia ainda parte da estrutura física do SMI uma unidade separada com capacidade para 3 camas, designada por unidade de neurocríticos. Contudo, por carência de profissionais com capacidade e formação na prestação de cuidados a este tipo de doentes, a mesma não se encontra em funcionamento.

Este serviço estava ainda dotado de equipamentos e tecnologias que permitiam proporcionar bem-estar aos doentes e aos profissionais de saúde que prestavam cuidados, tal como preconizado pela ACSS (2013). Um desses exemplos é a existência de um elevador de

transferência elétrica o *Maxi-Sky*[®] que era capaz de percorrer todo o serviço, deslocando-se a cada unidade do SMI, permitindo, assim, a realização de transferências com maior conforto para o doente e com menor exigência física para os profissionais. Neste âmbito dos recursos tecnológicos disponíveis no SMI, destaca-se a existência de 2 monitores, um no balcão central e outro numa sala contigua à área de cuidados, que projetavam continuamente a monitorização dos sinais vitais de todos os doentes na unidade. Este aspeto traduzia-se num incremento na segurança do doente, aumentando a possibilidade de os enfermeiros identificarem alterações nos parâmetros vitais e anteciparem focos de instabilidade.

A aplicação clínica utilizada no SMI para o registo de todas as informações clínicas decorrentes dos cuidados prestados ao doente era o *Bsimple Intensive Care Unit (B-ICU.Care)*[®]. Esta aplicação permitia integrar em tempo real a informação proveniente da monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, como a oximetria, a capnometria, a frequência cardíaca, a pressão arterial invasiva ou não invasiva e a temperatura, assim como informações relacionadas com a ventilação, modalidade e parâmetros de ajuste ventilatórios. Era através desta aplicação que os enfermeiros realizavam todos registos de enfermagem, adicionavam intervenções e procedimentos que possibilitavam o registo e parametrização da informação. Salienta-se o recurso que os enfermeiros faziam de outras aplicações informáticas como o *SClínico*[®], para a consulta de informação clínica resultante do circuito do doente, dentro da instituição, desde a urgência, bloco operatório até ao internamento, assim como a consulta de procedimentos e exames complementares de diagnóstico realizados pelo doente. Encontravam-se disponíveis outras aplicações como o *software* Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia[®] para gestão de terapêutica e materiais e o *Modulab*[®] para colheitas e análises laboratoriais, revelando-se ferramentas essenciais na prestação de cuidados de saúde de forma segura e eficaz no SMI.

Para uma transição eficaz dos cuidados era utilizada à semelhança do *SUG* a ferramenta *ISBAR* – *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) *Recommendation* (Recomendações) (DGS, 2017b; Figueiredo et al., 2020), nomeadamente nas transferências e alta dos doentes do SMI para outros serviços. Contudo, de forma a assegurar uma continuidade dos cuidados, durante as passagens de turno era utilizada uma transmissão da informação orientada pelos diferentes sistemas: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, eliminação, tegumentar.

A localização do SMI no piso 5 não era a ideal, visto que o bloco operatório, o serviço de urgência e o serviço de imagiologia se encontravam no piso -1. Este facto exigia sempre o recurso aos elevadores perante a transferência de doentes, para a realização de exames complementares de diagnóstico ou outros procedimentos fora do SMI, não sendo seguidas

as recomendações da ACSS, que preconiza que as UCI devem estar próximas dos serviços com que mais se relacionam, estabelecendo uma relação de continuidade (ACSS, 2013).

O SMI era composto por uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, fisioterapeutas, técnicos de diagnóstico e terapêutica, que diariamente desenvolviam esforços para prestar cuidados de saúde com qualidade e segurança à PSC. Nesse sentido, e no que concerne aos cuidados de enfermagem, segundo a Mesa do Colégio da Especialidade em EMC os serviços de medicina intensiva devem ser dotados de recursos humanos com treino e qualificação necessária para a prestação de cuidados de elevada complexidade (OE, 2018). Reconhece-se, deste modo, que é determinante o número de enfermeiros que prestam cuidados no SMI, mas também é importante a sua formação/qualificação e treino (Achury Saldaña et al., 2021; Santana-Padilla et al., 2019).

Os enfermeiros no SMI estavam organizados em 5 equipas, sendo no total 33 enfermeiros, dos quais 11 enfermeiros eram especialistas em EMC e 2 enfermeiros eram especialistas de reabilitação. A gestão do serviço era assumida por uma enfermeira especialista em EMC, que assumia a função de enfermeira responsável do serviço. Segundo a OE (2018), o Enfermeiro Especialista em EMC “é o profissional com melhor formação para chefiar e coordenar equipas de enfermagem em serviços de Medicina Intensiva ou de Cuidados Intensivos” (2018, p. 3). Frequentemente, encontravam-se distribuídos 5 enfermeiros por turno para a prestação de cuidados. No turno da manhã existia adicionalmente mais um enfermeiro, a desempenhar apenas funções de apoio à gestão e coordenação. Nos restantes turnos, tarde e noite, essa função de coordenação era assegurada por um enfermeiro que estava na prestação direta de cuidados, acumulando com o desempenho de funções de supervisão, organização dos cuidados e gestão de materiais e equipamentos. Este elemento de enfermagem era ainda responsável por otimizar a gestão dos recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros e assistentes operacionais de acordo com número de doentes internados no SMI.

Em todos os turnos era designado um enfermeiro, que para além de assumir a prestação de cuidados, encontrava-se distribuído na Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH), juntamente com um médico da SMI, sendo esta equipa, ativada através de chamada telefónica. Segundo a DGS (2010), a ativação destas equipas não está limitada apenas a situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), deve estender-se a situações de deterioração fisiológica aguda significativa, em que as equipas constituídas por um médico e um enfermeiro, com competências na abordagem avançada da via aérea e em técnicas de reanimação, respondem de imediato após a sua ativação (2010).

O Ministério da Saúde (2017) considera o SMI onde decorreu o EC uma unidade de cuidados de nível III, o que, de acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, implicaria um rácio enfermeiro/utente de 1 para 1 (Regulamento n.º 743/2019, 2019), que não se verificou. É importante ressaltar que o Regulamento n.º 743/2019 (2019) é uma linha orientadora de natureza técnica, procurando adequar a dotação de enfermeiros, de acordo com o nível de qualificação e perfil de competências de forma a que fosse possível a prestação de cuidados de enfermagem em segurança e com qualidade. Nesse sentido salienta-se, em relação à constituição das equipas de enfermagem nas UCI, a recomendação “que 50 % sejam enfermeiros especialistas em EMC, preferencialmente na área da Enfermagem à PSC, em permanência nas 24 horas, devendo idêntica regra ser assegurada na constituição de cada turno.” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 145). Observou-se que esta situação de dotação não foi cumprida, tendo em conta a existência de apenas 11 enfermeiros especialistas em EMC. O parecer n.º 15/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade de EMC (OE, 2018) reforça também que o “Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados da Pessoa em Situação Crítica, em contexto como a Medicina Intensiva e Unidades de Cuidados Intensivos” (2018, p. 3).

Relativamente à organização de cuidados no SMI, constatou-se que era utilizado o método de trabalho individual, permitindo assim centrar a atenção nas necessidades do doente, salvaguardando a continuidade dos cuidados e a segurança do doente (Parreira et al., 2021; Silva, 2017). Segundo este método de trabalho, o enfermeiro gestor distribui antecipadamente os doentes de acordo com o nível de cuidados exigidos, pelos enfermeiros no turno seguinte. Assim, cada enfermeiro fica responsável pela prestação individualizada de cuidados ao doente ou doentes que lhe forem distribuídos, sendo o processo de enfermagem, enquanto instrumento de trabalho, da inteira responsabilidade do enfermeiro (Verde, 2013). Desta forma, este método promove uma maior relação entre enfermeiro e doente, confere ao enfermeiro uma maior autonomia, responsabilidade e capacidade de decisão na prestação de cuidados contribuindo para a segurança do doente e uma melhoria da qualidade dos cuidados (Parreira et al., 2021).

De forma a procurar o equilíbrio entre as equipas, existia a preocupação de cada equipa ser constituída no mínimo por 2 enfermeiros especialistas em EMC e 2 enfermeiros com maior experiência profissional. Deste modo, a elaboração e organização do horário salvaguardava a qualidade e segurança nos cuidados e, à semelhança do SUG, também no SMI os enfermeiros com menor experiência profissional, encontravam-se apoiados pelos enfermeiros mais experientes ou especialistas, a quem se reconhecia maior competência e preparação.

1.3. EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR – SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

A escolha deste EC deveu-se ao conhecimento prévio sobre a imprevisibilidade e dinamismo que caracteriza a prestação de cuidados de saúde em ambiente extra-hospitalar, desafiando e apelando profundamente às competências do EEEMCPSC, evidenciando as suas capacidades de liderança e tomada de decisão.

O INEM determinou que a equipa responsável por integrar a ambulância SIV fosse constituída por um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar (TEPH) (INEM, 2020a). Esta estrutura funcional da equipa apela veementemente às competências comuns do enfermeiro especialista, destacando-se a sua capacidade de liderança, gestão do trabalho em equipa e organização dos cuidados, através de uma conduta profissional, ética e legal de excelência.

As ambulâncias SIV são meios de emergência médica ativados pelo INEM em situações em que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) atribui prioridade 1 na triagem da chamada de emergência. A atribuição desta prioridade é definida segundo o INEM (2020a) como ocorrência que comporta risco imediato de vida, considerando a vítima como emergente/crítica, levando a ativação de meios com capacidade de realização de SAV e/ou SIV. É de destacar ainda que o estabelecimento de prioridades face aos pedidos de emergência médica tem como objetivo a correta ativação dos meios de emergência face à gravidade da situação, respondendo adequada e eficazmente em todas as ativações (INEM, 2023a).

Ao longo do EC verificou-se que a ativação do meio SIV era comunicada à equipa pelo INEM através da receção do evento na aplicação informática INEM *Tool for Emergency Alert Medical System* (iTEAMS®), com referência à tipologia da emergência médica, descrição da situação, dados da vítima e local da ocorrência (INEM, 2021a). Esta informação podia ser complementada à medida que o CODU ia recebendo mais informação, levando a atualização dos dados na aplicação iTEAMS® ou transmitidos através de outros canais de comunicação, seja via telemóvel ou via rádio Sistema Integrado de Redes de Emergência e Segurança de Portugal® (SIRESP®). Esta disponibilidade de recursos para salvaguardar a transmissão de informação facilita o plano de resposta e gestão dos meios emergência médica. Foi também possível verificar que o sistema SIRESP® tem a particularidade de permitir à equipa do meio SIV o envio de *Status*, informando assim o CODU da sua situação atual, e de possibilitar a comunicação entre os diferentes intervenientes do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), otimizando a capacidade de resposta à população face a situações de emergência, exceção e catástrofe.

De forma a potenciar sinergias e permitir uma gestão otimizada de recursos, salvaguardando uma capacidade de resposta acrescida face as necessidades dos doentes emergentes, foi definido que as ambulâncias SIV deveriam estar integradas nos Serviços de Urgência Básica (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Este aspeto visa assegurar a operacionalidade dos meios SIV, permitindo aos enfermeiros desempenharem funções em ambiente extra-hospitalar e, simultaneamente, prestarem cuidados no serviço de urgência e colaborar no transporte de doentes críticos. Esta situação verificou-se no decorrer do EC, através da ativação do meio SIV para um Serviço de Urgência Básica, tendo sido assegurado o transporte secundário de um doente até outra unidade hospitalar, visando assim uma boa articulação entre os recursos disponíveis e a capacidade de resposta face ao nível de cuidados exigidos pelo doente.

Através da análise estatística da atividade em emergência médica o INEM (2023a) verificou-se que, em 2022, realizaram-se, em Portugal, aproximadamente 1,4 milhões de chamadas de emergência, das quais aproximadamente 88% originaram a ativação de meios de emergência, dos quais cerca de 10% resultaram na atribuição de prioridade 1. Perante este elevado número de pedidos de emergência é imperativo a utilização de uma aplicação específica de triagem. Atualmente, o CODU utiliza o sistema de triagem *TElephonic TRIage and COounseling SYstem*® (TETRICOSY®), com o objetivo de facilitar o processo de triagem, definindo um plano de resposta que tem por base um correto estabelecimento de prioridades segundo um conjunto de 32 fluxos de triagem, de modo a caracterizar a gravidade da situação e, em função disso, assegurar um aconselhamento adequado (INEM, 2023a).

Apesar da experiência profissional prévia em contexto extra-hospitalar, a multiplicidade de situações de emergência neste ambiente de prestação de cuidados à PSC e/ou família, constituiu um excelente contributo para a melhoria do raciocínio clínico e do processo complexo de tomada de decisão. É neste âmbito de atuação que o EEEMCPSC assume uma função de destaque, pela sua intervenção especializada e diferenciada à PSC e/ou família, acrescentando qualidade nas intervenções e aumentando a capacidade de resposta do meio de emergência onde está integrado.

A equipa da ambulância SIV tem como missão a prestação de cuidados diferenciados à população em ambiente pré-hospitalar, com capacidade para desfibrilhação e manobras de reanimação (INEM, 2020a). O enfermeiro neste contexto assume uma função de *team leader* e a sua articulação em conjunto com TEPH é fundamental para eficácia das respostas desenvolvidas na prestação de cuidados. Esta gestão e dinâmica de trabalho da equipa em que o enfermeiro é responsável, revela-se determinante para o bom funcionamento deste meio de emergência e é indispensável em toda a linha de atuação da equipa, desde a salvaguarda das condições de segurança no local, na realização de manobras de reanimação,

na abordagem da via aérea, até à preparação e transporte do doente. O enfermeiro em meio SIV encontra-se integrado numa equipa multiprofissional e, nesse sentido, desenvolve intervenções autónomas e interdependentes, numa atuação em cooperação, articulação e coordenação de outros profissionais que funcionalmente são interdependentes (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

Os diversos protocolos de atuação existentes (abordagem à vítima, abordagem ao traumatizado; alergias; convulsões; diabetes; dispneia; disritmias; dor torácica; colocação de máscara laríngea; intubação endotraqueal; fluidoterapia; sedação e analgesia; ventilação mecânica; *pacings*) funcionam como guia orientador e como suporte legal para a execução de alguns procedimentos, pelo que é exigido ao enfermeiro um raciocínio clínico e um pensamento crítico, capacidades estas, determinantes na eficácia das respostas desenvolvidas e na segurança dos cuidados. De forma semelhante, também a avaliação secundária do doente e consequente passagem de dados ao médico regulador no CODU não inibe a autonomia do enfermeiro, nem dispensa a sua capacidade na tomada de decisão na prestação de cuidados.

Deste modo, foi possível compreender melhor o papel preponderante que o EEEMCPSC assume no meio de emergência médica SIV, pelo que este EC levou à mobilização de diversos recursos internos e apelou à capacidade de adaptação a outro contexto. Considera-se assim, que existiu uma promoção do autoconhecimento e desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva sobre a prática de cuidados em EEH.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O conceito de competência não se limita ao desempenho na dimensão técnica, estende-se à dimensão pessoal e relacional, dotando o profissional de capacidade de adaptação face às exigências atuais (Sá & Paixão, 2013). A competência é um processo de como saber agir, refletindo a capacidade de o profissional em mobilizar diferentes recursos como o raciocínio, o conhecimento, a memória, a capacidade de avaliação, as habilidades relacionais ou diagramas comportamentais, aplicando-os num determinado contexto (Le Boterf, 1994). A competência em enfermagem deriva assim dos níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores (Fukada, 2018; Oliveira et al., 2015).

As alterações súbitas no estado de saúde levam as pessoas a experienciar um processo situacional de transição doença-saúde, predispondo-as a uma situação de vulnerabilidade. Esta situação, segundo Meleis et al. (2000) caracteriza-se por uma experiência transicional, interações e condições ambientais que expõem as pessoas e/ou família a riscos acrescidos, atrasos na recuperação do estado de saúde ou atrasos e ineficácia da resposta.

Espera-se assim, que o enfermeiro especialista seja capaz de mobilizar recursos de forma adequada e eficaz, desenvolvendo uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, refletindo um desempenho competente e uma atitude facilitadora deste processo transicional.

Este percurso formativo de aquisição de competências realizado foi um processo altamente dinâmico que decorreu em EC e que teve o contributo de momentos de reflexão crítica sobre as aprendizagens em cada um dos contextos clínicos. Segundo Nunes (2013, p. 2) “a competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera ... vai sendo modificado pelas experiências vividas e refletidas”.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A OE considera que as competências comuns são aquelas partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, nas diferentes áreas de especialidade, demonstradas por uma capacidade de resposta elevada, desde a conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como através de uma prática profissional especializada no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019, 2019). É neste âmbito de prestação de cuidados de enfermagem, com elevado rigor e exigência, que a OE reconhece a importância de competências científicas, técnicas e humanas, evidenciando o papel fulcral que a diferenciação e especialização assumem e permitem melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Em seguida serão abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista, refletindo no desenvolvimento das mesmas em contexto dos EC apresentados acima.

2.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

De forma transversal procurou-se desenvolver ao longo de todos os EC uma conduta profissional ética e legal na área da especialidade, segundo os princípios éticos, normas legais e deontologia profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019), respeitando assim o Código Deontológico (OE, 2015) e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2011). Procurou-se desenvolver uma prática especializada, através de uma prestação de cuidados de enfermagem centrada no doente, priorizando intervenções que visaram a sua recuperação total, sabendo que “nem tudo o que é científica e tecnicamente possível, é eticamente adequado” (Nunes, 2016, p. 17).

Em algumas situações na prestação de cuidados à PSC em contexto intra-hospitalar, e pelo facto de esta se encontrar em sala ou espaço com tipologia *open-space*, existiu a dificuldade em assegurar a privacidade da pessoa. Verificou-se, assim, a necessidade de recorrer a recursos como biombos, ou de transferir a pessoa em maca para outro espaço físico, para garantir maior privacidade na realização de determinadas intervenções de enfermagem. Existiu, também, a preocupação de não expor demasiado a pessoa, salvaguardando o dever do respeito pela intimidade (OE, 2015).

Ainda neste domínio, e no que concerne às informações transmitidas aos familiares, constatou-se que foi salvaguardado o dever de sigilo (OE, 2015), sobretudo no EC em SUG em que não eram transmitidas informações clínicas sensíveis. Esta transmissão era maioritariamente realizada via telefónica e, mesmo assegurando que se tratava de um familiar através de validação de informações, o conteúdo da informação disponibilizada era limitado, cingindo a mesma à condição geral da pessoa e necessidade de cuidados. Esta função era assegurada por um enfermeiro, frequentemente com formação especializada em EMC, que assumia funções no gabinete de informações aos familiares. Também ao nível do EC em SMI foi possível assistir ao mesmo cuidado no tratamento e disponibilização da informação a ser transmitida. Já em contexto de meio SIV em ambiente extra-hospitalar, eram transmitidas apenas informações aos familiares relativas à necessidade de transporte para o hospital, garantindo a continuidade de cuidados e visando a estabilização ou recuperação da situação clínica em que a PSC se encontrava.

É de salientar que nas áreas principais de cuidados no SUG e SMI, a posição central dos balcões de enfermagem, com relativa proximidade a algumas unidades de doentes, impunha desafios aos profissionais na transição de cuidados. Assim, tornava-se determinante que nas passagens de turno a transmissão de informação fosse realizada de forma cuidada, salvaguardando os direitos dos doentes, nomeadamente no que diz respeito à privacidade e confidencialidade. Segundo a OE (2001b), no que respeita à passagem de turno “o que

poderá estar em causa, não será o local, propriamente dito, mas o conteúdo das informações transmitidas, diante terceiros” (2001b, p. 3). Ainda neste âmbito, e no decorrer do EC em meio SIV, a transição de cuidados para a unidade hospitalar, decorreu sempre com a preocupação em salvaguardar que os dados/informações transmitidas não eram percebidas por outras pessoas, que não estivessem implicados no processo de prestação de cuidados. Adotaram-se também estratégias para minimizar a exposição física da PSC na transferência da ambulância SIV para a SE do serviço de urgência, recorrendo a manta térmica ou lençol descartável, respeitando assim a privacidade e o direito à intimidade da PSC (OE, 2015).

Procurou-se desenvolver uma conduta profissional de respeito pelos direitos humanos e crenças dos doentes. Foi possível vivenciar no SUG uma situação de resistência por parte de um doente na administração de terapêutica, que por questões culturais, não aceitava os cuidados que estavam a ser prestados pela enfermeira. Nesse sentido, e pelo facto de o mestrando ser o único enfermeiro do sexo masculino a prestar cuidados no local, decidiu-se refazer a abordagem ao doente, que ao verificar que se tratava de um homem, consentiu a prestação de cuidados. Desta forma, foi possível respeitar a opção cultural e moral daquela pessoa permitindo que a mesma exercesse os seus direitos (OE, 2015). Simultaneamente, foi permitido que a pessoa fosse tratada por outro enfermeiro, respeitando o seu direito ao cuidado (OE, 2015), já que a situação o permitia e não acrescia riscos para o doente. Assim, e à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019), o enfermeiro deve contribuir para a prestação de cuidados congruentes, com respeito pelas diferenças e semelhanças nos valores culturais, crenças e práticas individuais. Esta situação possibilitou a análise reflexiva sobre a situação de recusa de cuidados, independentemente das razões que assistem a pessoa a exprimir essa decisão. Segundo a OE (2014), o enfermeiro tem a obrigação deontológica de assegurar que os cuidados podem ser prestados por outro enfermeiro, salvaguardando que essa recusa não acarrete prejuízo para o doente.

Já em situações em que a PSC estava incapaz de se manifestar, devido a alteração do estado de consciência, e em que existia a necessidade de prestação de cuidados de saúde de forma imediata que visassem assegurar a recuperação do seu estado de saúde ou impedir a deterioração, não foi possível garantir o dever de informação. Nestas situações existiu um consentimento implícito e presumido em que o doente aceitaria as intervenções realizadas (OE, 2007).

Pelas situações experienciadas nos diferentes contextos clínicos foi desenvolvida, com alguma frequência, uma prestação de cuidados a grupos vulneráveis como idosos, pessoas inconscientes e pessoas com deficiência. Importa assim ressaltar que, dentro dos princípios

éticos, o princípio da vulnerabilidade assume particular importância na prestação de cuidados. Perante a vulnerabilidade da pessoa na prestação de cuidados assumiu-se, sempre, uma conduta profissional de proteção e salvaguarda pelos direitos dos doentes, permitindo desenvolver a unidade de competência que exige ao enfermeiro especialista capacidade para demonstrar uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Já a prestação de cuidados em contexto de EEH, pelo seu carácter de imprevisibilidade, coloca inúmeras vezes as pessoas numa situação de elevada exposição, sobretudo pela prestação de cuidados de saúde em locais públicos. É de frisar que a PSC se encontra frequentemente incapaz de expressar a sua vontade e direitos, estando sujeita a um risco elevado de compromisso da dignidade, privacidade e intimidade. Assim, é primordial que o EEEMCPSC detenha um elevado desempenho neste domínio das competências comuns, estando sensível e desperto para estas situações.

Existiu o cuidado ao longo dos EC de desenvolver uma prática de enfermagem que garantisse a dignidade da pessoa. Segundo Stievano et al. (2022), a capacidade de salvaguardar ou proporcionar dignidade é um pré-requisito ético da prática de enfermagem nos mais diversos ambientes de prestação de cuidados. Este aspeto esteve sempre patente no processo de desenvolvimento de competências, constatando-se que, mesmo em situações de EEH, a preservação da dignidade passa também pelo alívio da dor e promoção do conforto (Abelsson & Lindwall, 2017), que pode ser facilmente conseguido com a prestação de cuidados à PSC em célula sanitária da ambulância, num ambiente protegido e controlado, limitando a sua exposição e assegurando a sua privacidade. Em situações em que imperava o início de manobras de SAV, ou procedimentos com carácter urgente, procurou-se criar condições para uma prestação de cuidados de forma segura, digna e humana sem atraso das intervenções implementadas, mas que salvaguardasse o respeito também pela intimidade (OE, 2011). Considera-se assim, que se adotou uma conduta antecipatória na prestação de cuidados de enfermagem que garantiu a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Perante a PSC que estava capaz de exercer os seus direitos, procurou-se certificar que a mesma aceitava a prestação de cuidados. Este princípio, segundo a OE (2007), consiste no consentimento informado, em que o doente autoriza que lhe sejam prestados os cuidados propostos, o que implica uma explicação prévia com garantia da correta compreensão, assim como dos resultados esperados com as intervenções planeadas. O consentimento informado assegura a dignidade humana, promovendo o respeito, autonomia, liberdade individual, criação de uma vontade esclarecida e uma escolha pessoal (Franco et al., 2021; OE, 2007).

2.1.2. Melhoria contínua da qualidade

Para assegurar competentemente uma prática de enfermagem especializada, o domínio da melhoria contínua da qualidade assume um papel fundamental. Assim, ao longo deste percurso formativo procurou-se refletir sobre a importância que os enunciados descritivos dos cuidados de EMCPSC (OE, 2017a) têm no desempenho do enfermeiro especialista nesta área, nos contextos intra-hospitalar e extra-hospitalar. Nesse sentido, procurou-se compreender e refletir sobre os instrumentos e estratégias utilizados para melhorar a qualidade das práticas profissionais e garantir a prestação de cuidados em ambiente terapêutico seguro.

Realça-se que neste domínio foi possível, em cada EC, dar enfoque a diferentes enunciados descritivos dos padrões de qualidade (OE, 2017a). No SUG estes incidiram maioritariamente sobre a prevenção de complicações, satisfação do cliente e no bem-estar e autocuidado dos doentes que recorriam a este serviço. Já no SMI os principais enunciados em que as práticas se centraram, para além dos anteriores, incluíram a organização dos cuidados de enfermagem e a prevenção das IACS (OE, 2017a).

Neste enquadramento no EC em meio SIV, foi possível desenvolver uma prática de enfermagem orientada segundo os enunciados anteriormente já descritos, mas também existiu a oportunidade de dar ênfase ao enunciado descritivo da qualidade que respeita a promoção da saúde (OE, 2017a), através de intervenções que promoveram a saúde da pessoa que estava a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com envolvimento da família. Foi assim possível, de forma oportuna, contribuir para a melhoria do conhecimento sobre o processo de doença, facilitando a mudança de comportamento da pessoa ou família alvo da prestação de cuidados (Keyworth et al., 2020).

O centro hospitalar onde decorreram os EC em SUG e em SMI, era uma instituição acreditada pela *Joint Commission International*[®] (JCI[®]). Esta entidade responsável pelo processo de acreditação no âmbito da qualidade, exige o cumprimento de metas internacionais que visam a melhoria da qualidade dos cuidados e a segurança do doente (JCI[®], 2021). Assim, foi possível usufruir desses objetivos institucionais no processo de prestação de cuidados de enfermagem, respeitando diferentes metas que se encontravam estabelecidas e que orientavam as práticas institucionais. Das metas definidas, foi possível cumprir com a identificação correta dos doentes, com a pulseira com dados legíveis de três critérios como o nome completo, data de nascimento e número de processo. Esta primeira meta revelou-se fundamental para minimizar o risco de erro, verificando-se a necessidade de confirmação de, pelo menos, dois critérios para a realização de exames de diagnóstico, administração de terapêutica, transfusão de sangue e hemoderivados, imediatamente antes de cirurgia ou de

procedimento invasivo, na transferência do doente ou em caso de óbito. Uma segunda meta definida diz respeito à melhoria da segurança dos medicamentos, estabelecendo regras específicas para a utilização de medicamentos considerados de alto risco como fármacos opióides, insulina, heparina e concentrado de eletrólitos, exigindo identificação com sinalética própria para a sua administração. Destaca-se, também, uma terceira meta que visa a redução do risco de IACS, a qual incide principalmente sobre os 5 momentos da lavagem das mãos, e ainda uma quarta meta, que tem como objetivo a redução do risco de lesões resultantes de quedas em doentes, preconizando a utilização de escalas adequadas para avaliar o risco de queda (Escala de Morse) (Costa-Dias et al., 2014) e promover a adoção de medidas de prevenção de queda.

Considera-se assim, que as metas definidas pela JCI® a nível institucional vão ao encontro dos objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021). A acreditação das unidades hospitalares estimula a melhoria do desempenho dos profissionais e a segurança dos doentes (Hussein et al., 2021) e, simultaneamente, permite ao enfermeiro especialista assegurar “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

De forma oportuna, nos diversos locais de EC, foi partilhada a experiência profissional em contexto de bloco operatório e recobro cirúrgico, nomeadamente no que concerne a intervenções de enfermagem relacionadas com abordagem da via aérea difícil e na utilização de equipamentos como ventiladores, videolaringoscópios ou dispositivos adjuvantes neste âmbito, como introdutores, *bougies* ou *frovas*. Procurou-se identificar oportunidades de melhoria e promover um pensamento crítico entre a equipa de enfermagem, incitando a reflexão, sobretudo sobre a disponibilidade imediata destes recursos na SE. Visou-se, deste modo, a melhoria das práticas em contexto de emergência e nos cuidados prestados à PSC, minimizando o dispêndio de tempo e de recursos humanos, através da identificação de estratégias de melhoria, como a preparação e teste do ventilador diariamente. Estes aspetos permitiram desenvolver algumas unidades de competência neste domínio, nomeadamente no que diz respeito ao planeamento de programas de melhoria contínua e no que concerne à participação na gestão do risco ao nível institucional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Foi também possível refletir sobre a utilização de alguns instrumentos e procedimentos que geram dados e informações clínicas relevantes, não apenas para a gestão de recursos humanos, mas também para a criação de indicadores de boas práticas e para a investigação em enfermagem. Destaca-se a colaboração no registo casuístico dos doentes que dão entrada na SE, registo que aborda diversos parâmetros como o tempo de chegada e

permanência na SE, a proveniência do doente, o encaminhamento do doente e unidade de destino, ativação da via verde acidente vascular cerebral (AVC) e o retorno à SE, se aplicável.

Nos diversos contextos clínicos foi possível refletir sobre a importância que a implementação das *checklists* têm enquanto estratégia e instrumento que visa reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. As *checklists*, enquanto instrumento, permitem também assegurar as condições em que os equipamentos se encontram e facilitam a comunicação entre a equipa multidisciplinar (Hearns, 2018; Innocenti & Stefanone, 2021; Knoche et al., 2021).

Desta forma, foi interessante perceber que as *checklists* eram utilizadas no SUG de forma a garantir com rigor a operabilidade da SE. Também no SMI, eram utilizadas diariamente as *checklists* que permitiam garantir o correto funcionamento de monitores/desfibrilhadores e do carro de emergência, salvaguardando ainda a constituição adequada das malas de transporte e de emergência. A utilização deste recurso estendeu-se também ao EC em meio SIV, o que permitiu assegurar o estado de funcionamento de diversos equipamentos, favorecendo a deteção precoce de falhas na reposição de consumíveis e fármacos na mala de abordagem à vítima e na mala de trauma.

Também a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008) reconhece o importante papel que as *checklists* assumem, dando destaque sobretudo no âmbito do transporte de doente críticos, recomendando a verificação diária de materiais e funcionamento de equipamentos (SPCI, 2008). É importante salientar que os doentes críticos apresentam uma capacidade de adaptação reduzida e uma reserva fisiológica limitada para alterações súbitas que poderão surgir durante o transporte, estando sujeitos a pequenas alterações que podem desencadear instabilidade hemodinâmica e agravamento do seu estado clínico (SPCI, 2008). Segundo Kiss et al. (2017) e Murata et al. (2022) a utilização de *checklists* está associada à redução de incidentes durante o transporte de doentes críticos. Também Brunsveld-Reinders et al. (2015) e Williams et al. (2020) afirmam que as *checklists* de verificação constituem uma linha orientadora de atuação, para médicos e enfermeiros no transporte intra-hospitalar, de forma a proporcionar a continuidade dos cuidados a segurança do doente. Assim, e no âmbito de gestão do risco, a utilização das *checklists* permite criar um ambiente terapêutico e seguro, competência essa que de forma transversal nos diferentes EC foi desenvolvida (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Uma vez que os EC em SUG e SMI foram realizados no mesmo centro hospitalar, foi possível melhorar o entendimento sobre diversas normas e protocolos no âmbito da prestação de cuidados de saúde que estão disponibilizados informaticamente na *intranet* a nível institucional, permitindo a todos os profissionais uma consulta aos mesmos, de fácil acesso.

Verificou-se a existência de protocolos específicos no SUG e no SMI, dos quais se destaca os seguintes: insulinoterapia endovenosa contínua, prevenção da infeção associada aos dispositivos intravasculares, substituição dos acessórios da ventilação mecânica, prevenção da pneumonia associada à ventilação, administração de alimentação entérica, administração de potássio em situações de hipocaliemia, provas de morte cerebral e manutenção do dador de órgãos. Estes protocolos serviram como excelentes guias orientadores para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança, promovendo o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). De acordo com a DGS (2011), e segundo a estrutura conceptual da classificação internacional sobre a segurança do doente, os protocolos são considerados ações empreendidas para reduzir o risco. Assim, é desejável, enquanto linha orientadora no âmbito da segurança do doente, que os protocolos sejam disponibilizados aos profissionais, em conjunto com normas, procedimentos e *checklists* (DGS, 2011). A reflexão crítica desenvolvida em EC sobre este aspeto permitiu desenvolver a unidade de competência: “assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Ainda neste domínio das competências comuns, destaca-se o papel que os protocolos e os procedimentos de atuação assumem nas práticas de enfermagem em meio SIV, encontrando-se os mesmos baseados em evidência científica recente (Despacho n.º 4163/2019, 2019; INEM, 2021b, 2021c). Estes instrumentos de trabalho permitem nortear as práticas clínicas e contribuem para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. É de salientar que os protocolos consultados e utilizados com maior frequência ao longo do EC em meio SIV, dizem respeito à abordagem da vítima, abordagem da vítima de trauma, PCR no adulto, dispneia, hemorragia, problemas psiquiátricos/suicídio, traumatismo crânio-encefálico (TCE).

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo dos EC visaram a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, porém, é de evidenciar que em meio SIV, a criação de condições para o desenvolvimento de práticas seguras foi a mais desafiante, e difícil de garantir. De uma forma transversal a todas as ativações deste meio, foi adotada uma atitude proativa indo ao encontro do critério de avaliação “previne os riscos ambientais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748), garantindo a segurança da PSC e/ou família, equipa do meio SIV e restantes profissionais envolvidos. Essa atitude contemplou uma abordagem à vítima de forma segura, passando pela adoção de equipamentos de proteção individual (EPI), desperdício e armazenamento de corto-perfurantes em locais apropriados e na administração de oxigénio em condições de segurança. Para além destes aspetos procurou-se, também, assegurar um ambiente de respeito pela transição situacional da família, que assistia ao processo de doença

ou até à morte dos seus familiares, numa situação de grande vulnerabilidade, com dificuldades na tomada de decisão, com expressão de emoções negativas e necessidades espirituais acrescidas. Procurou-se, desta forma, promover “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747) desenvolvendo esta unidade de competência.

O transporte dos doentes até à unidade hospitalar em contexto do EC em meio SIV, permitiu posteriormente colaborar nos procedimentos de higienização da célula sanitária e na descontaminação de equipamentos clínicos utilizados, procedimentos que são essenciais na prevenção de IACS (Obenza et al., 2022; Schaps et al., 2022). Desta forma, foi possível ir ao encontro do critério de avaliação “coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

É de salientar, ainda no que respeita este domínio das competências comuns de enfermagem especializada, que foi possível a nível intra-hospitalar e extra-hospitalar recorrer aos mecanismos formais para a participação de incidentes. Este aspeto permitiu ir ao encontro da unidade de competência “participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Assim, e em contexto de SMI, foi possível assistir à notificação de um *near miss*, através da plataforma *Health Event & Risk management*[®]. O *near miss* segundo a OE (2006) são erros evitados e “são uma fonte comum de risco reconhecido ainda que insuficientemente relatado” (OE, 2006, p. 7). Esta notificação tem como objetivo a identificação dos riscos envolvidos e desenvolvimento de estratégias de melhoria, prevenindo a sua ocorrência no futuro (Fragata, 2010; Isaksson et al., 2022; Macrae, 2016; Speroni, 2013; Van Spall et al., 2015; Yang & Liu, 2021). Já em meio SIV, emergiu a necessidade de notificação institucional em duas situações, uma delas relacionada com a potencial rutura de *stock* de um consumível que colocaria em causa a operacionalidade do meio de emergência. A segunda situação prendia-se com as condições físicas em que se encontrava um equipamento, limitando a sua utilização e acarretando riscos para os profissionais. Procurou-se, neste caso em particular, desenvolver o critério de competência “assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Os registos clínicos e as aplicações informáticas utilizadas para registo do processo de enfermagem são determinantes no domínio da melhoria contínua da qualidade. Desta forma, e em relação ao SUG, foi possível observar que o SClinico[®] é uma aplicação clínica que apresenta uma interface mais complexa comparativamente com o B-ICU.Care[®], em contexto de SMI, ou com o iTEAMS[®], em contexto de meio SIV. Apesar de todos eles utilizarem a terminologia baseada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem[®] (CIPE[®]),

no SUG a sua utilização restringe-se ao registo de notas de enfermagem, parâmetros vitais e validação de apenas algumas intervenções de enfermagem. Por outro lado, no B-ICU.Care® e no iTEAMS® existe uma utilização mais detalhada no que respeita os registos clínicos, através da elaboração de planos de trabalho de enfermagem baseados na terminologia CIPE®, permitindo registar atitudes terapêuticas e diagnósticos de enfermagem, com validação de intervenções associadas.

É de salientar que em meio SIV a aplicação clínica iTEAMS® revela uma grande utilidade na aplicação do processo de enfermagem. Este instrumento utilizado na prestação de cuidados, permitiu registar as avaliações e reavaliações do doente, diagnósticos de enfermagem utilizando a terminologia CIPE®, intervenções terapêuticas e procedimentos realizados. Ao mesmo tempo, disponibilizou um conjunto de escalas para avaliação do estado de saúde da PSC, auxiliando o raciocínio clínico a tomada de decisão do enfermeiro especialista. Verificou-se ainda, que a aplicação clínica iTEAMS® promove a continuidade dos cuidados e acresce qualidade e segurança aos mesmos, através da ativação atempada das diferentes vias verdes, do registo sobre a tipologia de transporte, destino do doente, envio da informação clínica ao CODU e à unidade hospitalar em caso de transporte até à mesma. Considera-se deste modo, que a utilização e análise crítica sobre esta aplicação informática contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência “garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Reconhece-se assim, que independentemente do contexto clínico em que são prestados cuidados de enfermagem, as aplicações utilizadas nos registos clínicos são instrumentos indispensáveis para a segurança e qualidade dos cuidados, melhorando a comunicação e a transição de cuidados, criando oportunidades ao nível da investigação com os dados gerados e crescendo simultaneamente maior visibilidade à enfermagem. Neste âmbito, foi sempre adotada uma conduta de responsabilidade e valorização pela qualidade dos registos de enfermagem, utilizando os instrumentos disponíveis em cada EC, indo ao encontro do critério de avaliação “incrementa a adoção de medidas de para a segurança de dados e registos” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). Este critério de avaliação foi ainda desenvolvido nos diversos EC com a utilização da ferramenta ISBAR como metodologia de comunicação efetiva na transição de cuidados, como preconizado pela DGS (DGS, 2017b). Esta melhoria da qualidade na transição de cuidados assume um papel fundamental na segurança do doente, associando-se à diminuição de efeitos adversos e redução da mortalidade (DGS, 2017b).

Foi possível observar nos diferentes contextos clínicos, que as práticas de enfermagem desenvolvidas vão ao encontro do principal objetivo do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º

9390/2021, 2021) que visa a consolidação e a promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde. Constatou-se a importância que os cinco pilares que são elencados: cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; práticas seguras em ambientes seguros; assumem enquanto referenciais para a promoção da qualidade dos cuidados e segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Apesar da diversidade dos EC foi possível, de uma forma transversal, observar e refletir sobre a importância do desempenho das equipas multidisciplinares, nas quais os enfermeiros estão integrados, na criação de uma resposta eficaz e atempada face às necessidades apresentadas pela PSC. Segundo Brazão et al. (2016) e Milton et al. (2022), a competência do trabalho em equipa é crucial para a prestação de cuidados em segurança. É, portanto, determinante para assegurar a segurança do doente, uma boa articulação entre os diferentes grupos profissionais (Donovan et al., 2018; Lee & Doran, 2017; Milton et al., 2022) e a utilização de uma comunicação eficaz em equipa (Cornett & Kuziemsy, 2018; Grover et al., 2017).

Considera-se assim, de um modo geral, que foi possível desenvolver um papel dinamizador, mobilizando “os conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria da qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

Paralelamente, foi também desenvolvido um projeto de melhoria contínua da qualidade, que apelou ao desenvolvimento de competências neste domínio, e que se encontra explanado na Parte II do presente documento.

2.1.3. Gestão dos cuidados

No domínio da gestão de cuidados, é expectável que o enfermeiro otimize as respostas e articulação da equipa, adequando os estilos de liderança ao contexto onde se insere. Neste âmbito, destaca-se a importância que o processo de integração e apropriação aos diferentes locais de EC teve para o desenvolvimento desta competência. O conhecimento sobre as funções desempenhadas pelos enfermeiros na gestão dos diferentes serviços, assim como a estrutura física, organização dos cuidados, metodologia de trabalho, facilitou o entendimento sobre a influência e importância que esta competência tem na prática especializada em enfermagem.

Foi determinante compreender o funcionamento e dinâmica de cada serviço onde decorreram os EC, assim como as particularidades existentes em cada um, destacando-se o circuito do doente, o sistema de triagem, o regulamento interno, os protocolos e procedimentos, assim como o domínio de alguns equipamentos específicos. Este conhecimento mais aprofundado

sobre a realidade prática de cada contexto permitiu desenvolver um pensamento crítico-reflexivo no âmbito da organização dos cuidados e qualidade das práticas em enfermagem.

Verificou-se em contexto extra-hospitalar que, apesar da equipa do meio SIV ser apenas constituída por enfermeiro e TEPH, a sua atuação no local de ocorrência e prestação de cuidados implicou, frequentemente, uma articulação alargada com outros grupos profissionais. Sabe-se atualmente que o trabalho em equipa e liderança são competências que assumem um papel determinante no desempenho dos profissionais de saúde (Milton et al., 2022), nomeadamente na atuação em SAV (Kuzovlev et al., 2021).

É importante referir que a passagem pelos diferentes postos de trabalho no SUG, desde a triagem, SE, sala de ortotrauma e outras áreas de cuidados foi determinante para a aquisição de uma visão abrangente sobre o circuito do doente, potenciando a compreensão sobre a gestão de cuidados, o que se traduziu no desenvolvimento da competência “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e articulação na equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Verificou-se de forma transversal, em todos os EC, que a liderança assume um papel chave no domínio da gestão dos cuidados. Foi possível observar a importância dos estilos de liderança, que se constataram diferentes, não só pelo local onde decorreu o EC, mas, sobretudo, pela necessidade de uma tomada de decisão e resposta eficaz perante a prestação de cuidados à PSC. Os líderes em enfermagem devem tirar partido do poder das emoções e do seu papel na inteligência emocional para influenciar positivamente todos os elementos da equipa no que diz respeito aos cuidados de saúde, de forma a atingir um elevado nível de excelência e qualidade nos cuidados (Guibert-Lacasa & Vázquez-Calatayud, 2022; Mansel & Einion, 2019).

Observou-se no SUG, que a enfermeira coordenadora, enquanto líder, revelou ser capaz de dar *feedback* sobre as questões operacionais, tendo um grande impacto na promoção de aprendizagens, conhecimento e capacidade de trabalho dos elementos da equipa (Guibert-Lacasa & Vázquez-Calatayud, 2022; Mansel & Einion, 2019). Observou-se que, perante a sobrelotação das áreas, a enfermeira coordenadora mobilizava diferentes recursos humanos, enfermeiros e assistentes operacionais, gerindo ainda de forma eficaz materiais e equipamentos com objetivo de providenciar uma resposta adequada face à necessidade de cuidados exigidos. Já em situações de maior *stress*, era assumido um estilo de liderança autocrático, alternando com um estilo democrático e participativo em situações que não exigiam uma resposta imediata. A enfermeira coordenadora enquanto líder assumia a função de disponibilizar apoio técnico e esclarecimento sobre normas e protocolos do serviço aos enfermeiros com menor experiência profissional, recorrendo à supervisão para garantir a

continuidade dos cuidados e melhoria da qualidade, mas também colaborava enquanto consultora nas tomadas de decisão do processo de cuidar.

Em relação ao EC em SMI, verificou-se que a enfermeira coordenadora perante situações de maior fluxo de trabalho, com admissões simultâneas de doentes, transferência de doentes para realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência para outros serviços, procurava estabelecer prioridades e definir uma estratégia de atuação. Nestes cenários, a enfermeira coordenadora baseava a sua liderança numa comunicação direta e eficaz com a equipa, partilhando as dificuldades sentidas e mobilizando os diferentes recursos, procurando gerir de forma eficaz materiais e equipamentos com objetivo de dar uma resposta adequada ao processo de cuidados. Constatou-se assim, que a enfermeira coordenadora adotava maioritariamente um estilo de liderança democrático e participativo. Não obstante, verificou-se que, pontualmente, em momentos de maior necessidade, esta enfermeira assumia um estilo mais autocrático estabelecendo relações de poder mais verticais.

Foi interessante observar que, em contexto de meio SIV, a enfermeira orientadora adotava um estilo diretivo na prestação de cuidados, centrando a comunicação de forma a atingir os objetivos, transmitindo indicações sobre procedimentos, atuação e supervisão de tarefas delegadas (Northouse, 2022). Considera-se, após reflexão sobre esse processo de delegação de tarefas, em que era visado o desenvolvimento de uma resposta atempada e eficaz à PSC, que foi desenvolvida a unidade de competência “supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748). As diferentes situações experienciadas neste EC que exigiram uma articulação com equipas de profissionais alargadas, sobretudo em situações de trauma, levaram à reflexão sobre o papel da liderança adaptativa em contexto de EEH. Segundo Northouse (2022), este estilo de liderança baseia-se na identificação de desafios situacionais, relacionados com a implementação de intervenções e com a adaptação de procedimentos, caracterizando-se por uma prestação de cuidados centrados no doente de forma eficiente. Verificou-se assim, que o enfermeiro especialista, enquanto líder, consegue mobilizar os profissionais envolvidos na situação de emergência, através de uma gestão de *stress* e do trabalho em equipa. É de frisar que este estilo de liderança dá relevo à autenticidade, sendo que, segundo Cervo e Hutz (2017), a liderança autêntica destaca-se pelas capacidades psicológicas positivas, princípios éticos, transparência e integridade comportamental de um líder, facilitando relações e promovendo emoções positivas entre as pessoas nos contextos profissionais. O processo de liderança assente numa comunicação aberta e eficaz, com delegação e supervisão de tarefas que se assistiu em meio SIV, permitiu desenvolver a unidade de competência “adapta o estilo

de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Esta multidisciplinaridade que existe na prestação de cuidados em EEH, exige competências ao nível da liderança de forma a garantir a segurança e qualidade nas intervenções realizadas.

De facto, os enfermeiros nos seus contextos clínicos revelam características de líderes, através da sua capacidade de abordagem, competência clínica e comunicação eficaz, sendo essas características potenciadas pelos seus valores e crenças para uma prestação de cuidados de qualidade, centrados no doente (James et al., 2021).

De forma a desenvolver a unidade de competência “otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748), verificou-se que não é utilizada uma ferramenta específica para facilitar e otimizar a gestão dos cuidados em SMI. Perante esta situação foi possível refletir sobre alguns instrumentos que permitem mensurar a carga de trabalho em enfermagem em cuidados intensivos, como o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) e o *Nursing Activities Score* (NAS) (Macedo et al., 2021). Estes instrumentos permitem determinar o número de enfermeiros necessários para a prestação de cuidados face às necessidades dos doentes, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados e na satisfação dos profissionais (Maghsoud et al., 2022; Racy et al., 2021; Severino et al., 2010).

Ainda neste domínio, é de destacar a importância da aplicação clínica iTEAMS[®], pelo acesso a um conjunto de escalas de avaliação do doente que permite delinear um plano de resposta adequado, visando uma gestão otimizada dos recursos à situação, potenciando a aplicação do processo de enfermagem e a melhoria dos cuidados. Realça-se a utilização da escala de agravamento do estado clínico *National Early Warning Score* (NEWS); a *Pain Assessment in Advanced Dementia – Versão Portuguesa* (PAINAD-PT) para uma avaliação correta e adequada da dor na pessoa com demência; e a GCS (*Glasgow Coma Scale*) na avaliação do estado neurológico, nomeadamente em situações de trauma. Apesar de não terem sido utilizadas as escalas *Rapid Arterial Occlusion Evaluation* (RACE) e *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* (CPSS), foi possível refletir sobre a sua utilização na avaliação da PSC com Acidente Vascular Cerebral (AVC). Verificou-se que as mesmas facilitam o raciocínio clínico do enfermeiro e ajudam na tomada de decisão e consequente ativação atempada da via verde AVC. Considera-se, portanto, que se desenvolveu a unidade de competência “melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Esta proximidade de ligação que a aplicação iTEAMS[®] disponibiliza entre o meio SIV e o CODU, revelou-se primordial para uma gestão eficaz dos meios de ativação. Desta forma, é

possível ao CODU realizar um acompanhamento da evolução clínica do doente, analisando a gravidade da situação e a necessidade de ativação ou desmobilização de outros meios de emergência (INEM, 2021a).

Reconhece-se que a análise e reflexão da organização e gestão dos cuidados em diversas situações proporcionadas por este EC, revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento da unidade de competência “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

2.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

É essencial que o enfermeiro especialista baseie a sua prática clínica em evidência científica e desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, de forma a gerir eficazmente as emoções e fatores que possam interferir na relação terapêutica e multiprofissional, promovendo assim a integração de novas aprendizagens (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Pela heterogeneidade de situações de emergência que caracterizaram este percurso formativo e pelas relações multidisciplinares desenvolvidas nos diferentes EC, verificou-se que existiu uma mobilização de competências técnicas e não técnicas. Este aspeto foi importante na promoção do autoconhecimento, da assertividade e na identificação dos recursos e limites pessoais e profissionais. Esta autoconsciência das capacidades e limitações enquanto indivíduo e profissional, possibilitou de forma eficaz o estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC e/ou família, e com os diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados.

Na integração e na apropriação aos contextos clínicos, verificou-se um conhecimento limitado sobre as funções do enfermeiro especialista, nomeadamente no desempenho em meio SIV. Desta forma, a consulta de protocolos/procedimentos SIV e os momentos de reflexão com a enfermeira orientadora, demonstraram ser um excelente contributo para a compreensão e para um conhecimento mais aprofundado. Observou-se ainda que o processo de *briefing* se assume como uma estratégia importante na prestação de cuidados à PSC, situação que se verificou perante a informação prévia da chegada do doente à SE em contexto SUG, na ativação da EEMIH em cuidados intensivos e em todas as ativações do meio SIV. Foi assim possível, através do *briefing*, clarificar as funções de cada elemento da equipa, o que contribuiu para uma tomada de decisão eficaz, que se traduziu numa prestação de cuidados com maior qualidade (Iattoni et al., 2022; Kuzovlev et al., 2021). Considera-se que se desenvolveu a unidade de competência “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

O autoconhecimento e a assertividade foram desenvolvidos transversalmente nos diferentes EC, mas destaca-se de forma particular uma ocorrência em meio SIV, na qual se identificaram perturbações emocionais na família face à situação experienciada. Reconheceu-se prontamente a necessidade de uma intervenção especializada, para além da comunicação de más notícias à família e da estabilização emocional de um dos seus elementos, foi ainda ativada a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) (INEM 2023b), garantindo-se assim uma resposta eficaz e adequada.

É também de salientar uma situação experienciada na SE do SUG em que foram prestados cuidados à PSC, que devido aos seus antecedentes pessoais, perturbações mentais, e ao cenário clínico que se apresentava, com vestígios de sangue nas mãos e face, induziu uma falsa crença coletiva na equipa de enfermagem sobre o doente, considerando-o suspeito de homicídio. Após uma autoanálise reflexiva sobre esta situação, considerou-se que foi possível adquirir um maior autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro, sobretudo no que se refere ao estigma face às doenças mentais e aos pré-conceitos que poderão surgir durante a prestação de cuidados de enfermagem. Segundo (Carrara et al., 2021; Knaak et al., 2017; Lien et al., 2019; Raj, 2022; Riffel & Chen, 2020) as ideias pré-concebidas, as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde perante a doença mental poderão ser uma barreira à prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Neste percurso de aquisição de competências, sublinha-se uma atuação de assistência à PSC vítima de TCE durante o EC em meio SIV, num ambiente que exigiu a criação de condições de segurança e a articulação com a equipa de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Neste caso em particular, a equipa do meio SIV foi a primeira a chegar ao local, realizando uma abordagem à vítima sob pressão de vários intervenientes que se encontravam no local, nomeadamente pessoas que circulavam na rua, familiares da vítima e agentes de autoridade. Apesar disso, foi possível estabelecer prioridades de atuação e desenvolver uma resposta atempada e eficaz, implementando intervenções que visavam garantir a sobrevivência da PSC. Esta situação caracterizou-se por atuação sinérgica entre SIV e VMER, sem conflitos no desempenho das duas equipas, otimizando assim a prestação de cuidados à PSC. Após reflexão sobre este caso, considera-se que foi desenvolvida a unidade de competência “gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Durante a realização dos EC existiram diversas situações de prestação de cuidados à PSC, em que se assistiu a uma pressão adicional sobre a equipa de enfermagem, de forma a dar uma resposta adequada e atempada à PSC. Nesse sentido, procurou-se adotar uma comunicação simples e eficaz, com *feedback* constante das intervenções executadas e ações

solicitadas, antecipando ações que visavam a estabilidade da PSC, através da preparação de terapêutica, materiais e equipamentos necessários para transporte. A maioria destas situações serviu de ponto de partida para um *debriefing* estruturado sobre a situação (Coggins et al., 2020), analisando a resposta inicial, reconhecendo o desempenho da equipa com identificação de pontos negativos e positivos, partilhando aspetos e estratégias a adotar no futuro com resumo das aprendizagens. Reconhece-se, assim, que o *debriefing* promove a discussão e reflexão crítica sobre as intervenções realizadas, revelando-se numa importante ferramenta na melhoria da qualidade das práticas e no processo de aprendizagem em contexto clínico (Kessler et al., 2015; Toews et al., 2021). Estes momentos de reflexão, contribuíram para melhorar o autoconhecimento, e a capacidade de resposta na dimensão pessoal e profissional.

No âmbito deste domínio das competências comuns, é assim de salientar a importância que a prática baseada na evidência assume (Regulamento n.º 140/2019, 2019), devendo o enfermeiro especialista ser um facilitador das aprendizagens em contexto profissional. Procurou-se, desta forma, entender as necessidades formativas da equipa de enfermagem nos diversos EC. Verificou-se que o tema “Abordagem da via aérea na sala de emergência” (Apêndice I) era de grande interesse para equipa do SUG, pelo que este momento serviu, para partilhar informação e experiências e para a melhorar o desempenho enquanto “formador oportuno em contexto de trabalho” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Esta formação revelou-se importante, visto que a reflexão sobre a temática abordada permitiu melhorar o seu entendimento e contribuiu para a mobilização de conhecimentos em outros contextos, potenciando a criação de novo conhecimento. Assim, e à luz da Teoria de Aprendizagem Experimental de Kolb, a experiência concreta leva a uma reflexão e observação perspicaz, conduzindo a incorporação de conceitos abstratos que podem ser testados e redefinidos na criação de novas experiências (Long & Gummelt, 2020; Wijnen-Meijer et al., 2022).

Também foram identificadas necessidades formativas em contexto de SMI, concluindo-se que seria interessante a abordagem do tema “Capnografia em Cuidados Intensivos” (Apêndice II). A evidência científica destaca a importância que a capnografia, enquanto método de monitorização, tem na PSC em contexto de medicina intensiva para a prestação de cuidados com segurança e qualidade (Kerslake & Kelly, 2017; Mezidi & Richard, 2018; Nassar & Schmidt, 2022; Rackley, 2020; Russotto & Cook, 2021). A capnografia, enquanto método de monitorização, demonstra ser um recurso fundamental para orientar e melhorar o desempenho dos profissionais durante a reanimação cardiopulmonar (Newell et al., 2021; Paxton & O’Neil, 2022; Perkins et al., 2021). Foi assim possível promover a partilha de experiência prévia em contexto de bloco operatório e EEH relativamente ao uso da

capnografia em doentes com necessidade de suporte ventilatório, através da realização de uma ação de formação em serviço. Este aspeto revelou-se interessante ao promover um pensamento crítico entre a equipa de enfermagem, despertando para as vantagens deste tipo de monitorização. Foi ainda possível avaliar o impacto da formação, através da criação de um questionário (Apêndice III), onde se destaca que 88,9% dos formandos considerou que a aprendizagem contribuiria para a melhoria da atividade profissional.

No EC desenvolvido em meio SIV foi possível participar no seminário “Enfermagem especializada em médico-cirúrgica no contexto extra-hospitalar”, através da exposição temática “Capnografia em EEH”, com o objetivo de promover o desenvolvimento de conhecimentos sobre este tipo de monitorização, com adaptação a este contexto clínico (Apêndice IV). Foi realizada a avaliação do impacto da formação através do preenchimento de um questionário (Apêndice V) salientando-se que 94,4% dos inquiridos concordou totalmente que esta formação contribuiria para a melhoria da sua atividade profissional. Procurou-se assim, intervir como um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de EC, baseando a prestação de cuidados em evidência científica e promovendo a implementação de novos padrões e procedimentos para a prática especializada em contexto de EEH (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Este seminário permitiu a partilha de conhecimentos e a análise crítica e debate entre pares, suscitando a reflexão sobre as competências específicas do EEMCPSC e evidenciando o contributo que a investigação pode dar neste contexto específico de prestação de cuidados. Assume-se desta forma, que foi possível desenvolver a unidade de competência “suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Neste domínio destacam-se também os momentos de reflexão realizados entre o mestrando e as enfermeiras orientadoras, nos quais, de uma forma crítica, foram discutidas situações clínicas, procurando a construção de um raciocínio clínico na prestação dos cuidados e a rentabilização de oportunidades de aprendizagem, tomando, se necessário, iniciativa na análise de situações clínicas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

É de ressaltar que a relação supervisiva desenvolvida nos diferentes EC assentou no modelo ético para a relação supervisiva (Soares, 2021), caracterizando-se pela inquietude, disponibilidade e responsabilidade, quer do mestrando, quer das enfermeiras orientadoras. Esta relação de confiança que se estabeleceu facilitou o processo de aprendizagem e aquisição de novas competências (Rothwell et al., 2021). Em contexto clínico, a supervisão assume grande importância no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, promovendo a discussão, a reflexão e a satisfação no próprio processo supervisivo (Sundler et al., 2019).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O enfermeiro especialista nesta área é detentor de um conjunto de competências específicas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem à pessoa em risco de vida imediato, com o objetivo de preservar as suas funções básicas de vida e, simultaneamente, prevenindo complicações e limitando incapacidades, visando a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O desenvolvimento de competências específicas em EMCPSC foi um processo contínuo de aprendizagem ao longo dos diferentes EC. Assim, serão seguidamente esplanadas as atividades que assumiram maior relevância e as competências desenvolvidas, durante este percurso formativo, fazendo uma análise crítico-reflexiva das mesmas, com alusão às dificuldades e estratégias utilizadas para as ultrapassar.

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

Nesta esfera de ação, o enfermeiro especialista mobiliza os seus conhecimentos e múltiplas habilidades, respondendo eficazmente e de forma holística à PSC e/ou família que se encontram a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A multiplicidade e complexidade das situações experienciadas nos EC permitiram desenvolver a unidade de competência “presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). Neste âmbito, e utilizando uma metodologia de avaliação ABCDE, foi possível identificar prontamente focos de instabilidade e implementar uma resposta eficaz e antecipada (Spoelder et al., 2022). Esta abordagem permite aos profissionais de saúde estabelecer prioridades de atuação, estando amplamente aceite e recomendada internacionalmente para uma avaliação e tratamento inicial ao doente crítico (Schoeber et al., 2022). Assim, perante a PSC, foi possível desenvolver uma abordagem estruturada com base na evidência científica mais recente (Perkins et al., 2021), que foi complementada em meio SIV pelos protocolos instituídos pelo INEM (2021b, 2021c). Este aspeto possibilitou, sobretudo na SE e em meio SIV, executar procedimentos e cuidados técnicos de elevada complexidade. Exemplos disso são a execução de diferentes técnicas de imobilização na vítima de trauma, realização de eletrocardiograma, ventilação manual com máscara laríngea, manobras de reanimação cardiopulmonar, entre outras técnicas que visaram a prestação de cuidados eficazes à pessoa que vivenciava processos complexos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Estas situações experienciadas permitiram desenvolver um conjunto

de intervenções de enfermagem que mobilizaram e demonstraram conhecimentos e habilidades em SAV e trauma, indo ao encontro deste critério de avaliação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A capacidade de identificar precocemente situações que necessitam da prestação de cuidados de saúde atempadamente, com uma resposta em tempo útil, é determinante no desempenho do EEMCPSC. Neste âmbito, e no que concerne avaliação da PSC, é de referir que em meio SIV foi utilizada a escala NEWS (Holland & Kellett, 2023; Pirneskoski et al., 2019; Williams, 2022). Este instrumento tem como principal objetivo a identificação precoce do risco de deterioração fisiológica da pessoa que é assistida. Para isso, é atribuída uma pontuação segundo os parâmetros fisiológicos associados à frequência respiratória, saturação de oxigénio, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, estado de consciência e temperatura. A sua utilização possibilita uma intervenção antecipada em resposta à deterioração clínica da PSC, afirmando-se assim como um elemento chave no âmbito da segurança do doente e no resultado em resposta aos cuidados prestados (Holland & Kellett, 2023; Pirneskoski et al., 2019; Williams, 2022).

Nesse sentido, é também de referir uma situação experienciada no posto de triagem do SUG, em que a enfermeira orientadora, através do seu raciocínio clínico, identificou prontamente uma situação de alteração do estado de consciência, encaminhando o doente rapidamente para a SE. Esta tomada de decisão célere incitou à reflexão sobre as competências exigidas ao enfermeiro especialista que assume a função de triagem e retriagem no serviço de urgência, já que a escolha dos discriminadores, a avaliação do doente, parâmetros vitais e intensidade da dor, podem ditar a alteração da prioridade e o encaminhamento incorreto do doente, com conseqüente atraso no acesso aos cuidados. Assim, é fundamental que os enfermeiros que realizam triagem, detenham formação específica (Despacho n.º 10319/2014, 2014; DGS, 2018), conhecimento, experiência, treino, tomada de decisão e autonomia (Domagala & Vets, 2015; Reblora et al., 2020; Soster et al., 2022; Tam et al., 2018).

Foi igualmente importante neste processo de aquisição de competências específicas, aprofundar o conhecimento sobre as patologias mais comuns dos doentes que eram assistidos na SE e sobre os protocolos e critérios de ativação relativos às Vias Verdes, como a Coronária e a AVC. Procurou-se melhorar o entendimento sobre as intervenções de enfermagem realizadas, percurso do doente no intra-hospitalar, articulação com diversos serviços como a imagiologia, a hemodinâmica e medicina intensiva. Também ao nível do SMI foi importante, melhorar o conhecimento sobre as principais patologias que afetavam os doentes que se encontravam internados. Deste modo, procurou-se desenvolver uma prestação de cuidados capaz de identificar prontamente focos de instabilidade, não só pela

alteração dos parâmetros hemodinâmicos, mas também pela avaliação clínica resultante da observação dos diferentes sistemas, neurológico, respiratório, circulatório, tegumentar e de eliminação. Esta atuação revelou-se determinante para a aplicação do processo de enfermagem, traduzindo-se numa capacidade de desenvolver um plano de cuidados com diagnósticos de enfermagem e intervenções associadas, utilizando a terminologia CIPE®. Aliado a este aspeto, destaca-se uma melhor compreensão sobre a dinâmica ventilatória do doente em cuidados intensivos, sobre o suporte aminérgico e sobre a monitorização do equilíbrio hidroeletrólítico.

Esta prestação de cuidados à PSC implicou a administração de protocolos terapêuticos complexos e o desenvolvimento desta mesma unidade de competência (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Assim, foi possível colaborar no SUG na administração de fibrinolítico e desenvolver intervenções no tratamento de hipercaliemia e cetoacidose diabética, indo ainda ao encontro do critério de avaliação, ao monitorizar e avaliar a adequação das respostas aos problemas identificados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante o EC em ambiente extra-hospitalar, e pelas situações clínicas experienciadas, foi possível desenvolver a unidade de competência “garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363). Este aspeto tornou-se evidente durante um transporte secundário realizado pela SIV, em que foi possível monitorizar e avaliar a eficácia da terapêutica adrenérgica (noradrenalina) com ajuste da velocidade de perfusão, assim como através da fluidoterapia instituída em resposta ao quadro de choque séptico em que a PSC se encontrava. Esta situação despoletou uma reflexão profunda sobre a importância que EEEMCPSC, assume no transporte do doente crítico, assegurando uma resposta adequada ao nível da prevenção e reconhecimento de complicações decorrentes de processos complexos de doença. Esta capacidade de implementar intervenções de forma diferenciada na PSC acresce qualidade e segurança à prestação de cuidados, nesta área tão específica em que é impreterível uma resposta eficaz e atempada (Alizadeh Sharafi et al., 2021; Bergman et al., 2020).

Em contexto de SMI, os protocolos terapêuticos complexos assumem um papel de destaque, a sobrevivência da PSC depende meios avançados de terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), dos quais se dá ênfase às amins, insulina, concentrados de eletrólitos, hemoderivados, sedativos, opióides, relaxantes musculares, todos eles com impacto direto na estabilidade hemodinâmica do doente, exigindo um conhecimento sobre as suas indicações, via administração, doses terapêuticas e efeitos adversos. Também existiu a oportunidade para compreender os cuidados de enfermagem associados às técnicas de substituição renal utilizadas no SMI, como a hemodiafiltração venosa contínua. A diversidade de patologias que

afetavam a PSC em cuidados intensivos, permitiu desenvolver uma prestação de cuidados associado a diversos procedimentos como extubação endotraqueal, colocação de traqueostomia percutânea, monitorização da pressão intra-abdominal, correções hidroeletrólíticas, cateterização venosa central, cateterização arterial, posicionamento em decúbito ventral e nutrição via parentérica. Este vasto leque de procedimentos possibilitou aprofundar conhecimentos e levou à reflexão sobre as suas complicações e sobre a importância da monitorização hemodinâmica na PSC, na antecipação e identificação precoce de focos de instabilidade.

Observou-se assim, no SMI, que a PSC se encontrava, na maioria das vezes, em falência orgânica ou multiorgânica, exigindo aos enfermeiros uma prestação de cuidados de elevada complexidade, apelando ao domínio de competências específicas nesta área. Este cuidado à PSC também se estendeu à manutenção do dador de órgãos, observando-se à realização de provas de morte cerebral e desenvolvimento de diversas intervenções de enfermagem que visaram o equilíbrio hemodinâmico do dador, assegurando o respeito e privacidade e dignificando a sua morte. Considera-se, portanto, que se desenvolveram conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Esta situação de prestação de cuidados à PSC como potencial dador de órgãos, com elevados cuidados técnicos e, simultaneamente, com uma visão holística da Pessoa e relação terapêutica com a família, serviu de base para elaboração de um trabalho no quadro de competências do EEEMCPSC segundo a terminologia CIPE® (Apêndice VI).

De uma forma transversal, em todos os contextos clínicos foi possível ir ao encontro do critério de avaliação “monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados” (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Contudo, foi em meio SIV que existiram mais oportunidades para o desenvolvimento deste critério, através da identificação de diversos diagnósticos de enfermagem resultantes da abordagem à PSC, desenvolvendo intervenções e posteriormente reavaliando, determinando a eficácia das mesmas.

No decorrer deste processo formativo existiu sempre uma constante preocupação em garantir o bem-estar da PSC nas suas múltiplas dimensões. Assim, é importante sublinhar que estas mudanças no estado de saúde e doença das pessoas caracterizam-se por um processo de transição (Meleis et al., 2000), colocando as mesmas num estado de vulnerabilidade. Nesse sentido, e de forma a garantir o bem-estar da PSC, foram desenvolvidas diferentes medidas que visaram minimizar o impacto negativo da transição situacional e promover conforto na prestação de cuidados de saúde. Entre essas medidas, destacam-se a presença de familiares ou pessoa de referência, o posicionamento, o cuidado na exposição corporal da pessoa para

a realização de intervenções, o suporte emocional com recurso ao toque terapêutico e à escuta ativa. Segundo Kolcaba (1994), o conforto é um resultado desejável na prestação de cuidados, englobando três estados (alívio, tranquilidade e transcendência) em quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental). Desta forma, o conforto pela sua dimensão individual e holística assume um papel fundamental para assegurar o bem-estar da PSC e/ou falência orgânica. Assume-se assim, que foi possível segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018) ir ao encontro dos critérios de avaliação “identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;” e “demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (2018, p. 19363).

É de sublinhar que a valorização, avaliação e alívio da dor são elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas (OE, 2008). Há mais de duas décadas que a DGS recomenda que a dor, em Portugal, seja entendida como o 5.º sinal vital, instituindo como boa prática a sua avaliação e registo sistemático (DGS, 2003). Atualmente, a dor é considerada um dos sintomas mais prevalentes na PSC em EEH (Ferri et al., 2022; Imbriaco et al., 2021; Lindbeck et al., 2023) e o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral (DGS, 2008; Mota et al., 2020). É assim determinante, que o enfermeiro especialista nesta área demonstre competência em otimizar a resposta através de uma gestão diferenciada de dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Procurou-se desenvolver esta unidade de competência específica, através da autoavaliação sempre que possível ou recorrendo à heteroavaliação perante a incapacidade de autorrelato da dor. Verificou-se, em algumas situações de emergência, a necessidade de implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, salvaguardando uma resposta eficaz perante o doente com dor. Este facto permitiu em contexto de meio SIV, recorrer ao procedimento de sedo-analgésia instituído pelo INEM, o que despoletou a reflexão sobre as complicações e efeitos adversos associados a este tipo de procedimentos (Brown et al., 2022; Friesgaard et al., 2022; Gausche-Hill et al., 2014). Já em contexto de SMI, desenvolveu-se uma prestação de cuidados à PSC que se encontrava sob sedo-analgésia por necessidade de ventilação mecânica (Heavner et al., 2022; Nies et al., 2018). Estas situações clínicas possibilitaram uma análise crítica acerca da monitorização e avaliação do nível de sedação, com recurso a técnicas como o *Bispectral index* (BIS) ou através de instrumentos como a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Estes recursos fomentam uma cultura de segurança na administração de fármacos com efeitos sedativos e analgésicos, considerando a variabilidade individual de cada doente à terapêutica administrada. Este aspeto pode conduzir à indução de estados de sedação profunda ou estados de recuperação do nível de consciência (Heavner et al., 2022; Nies et

al., 2018). Estas situações de sedação inadequada podem originar diversas complicações para o doente, tornando-se imperioso o estabelecimento de uma monitorização e avaliação adequada da sedo-analgesia (Heavner et al., 2022; Nies et al., 2018). Deste modo, considera-se que foi possível desenvolver a unidade de competência “demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

Em cuidados intensivos a avaliação e gestão inadequada de dor revela-se um problema que afeta a PSC e prejudica o seu bem-estar e atrase o processo de recuperação (Hamdan et al., 2022; Morris et al., 2021; Nordness et al., 2021). Nesse sentido, as intervenções de enfermagem assumem um papel de destaque. A grande maioria dos doentes tem terapêutica sedo-analgésica em perfusão contínua, encontrando-se incapaz de realizar o autorrelato da dor. Segundo a DGS (2013a) “todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada” (2013a, p. 3). Desta forma, e visando uma avaliação e gestão adequada de dor, foram adotados instrumentos de heteroavaliação unidimensionais, como a escala *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient / Versão Portuguesa* (BPS-IP/PT), escala que apresenta boas propriedades psicométricas para a avaliação da dor no doente intubado e sedado (Batalha et al., 2013; Gélinas et al., 2019). Observou-se que a avaliação de dor era valorizada e considerada uma intervenção prioritária, com recurso a instrumentos adequados. Por outro lado, verificou-se que a carga de trabalho poderá ter dificultado este processo. Sabe-se que as práticas de enfermagem na avaliação e gestão de dor em unidades de cuidados intensivos, são afetadas pela presença de diversas barreiras e fatores facilitadores (Alotni et al., 2022; Hamdan et al., 2022; Morris et al., 2021), entre os quais se destaca o nível de conhecimento dos enfermeiros, a comunicação interprofissional, a disponibilidade de instrumentos e o registo da avaliação de dor.

Também no SUG e ao longo do EC, e no que respeita a gestão e alívio da dor, foram desenvolvidas intervenções farmacológicas segundo o plano terapêutico prescrito, com administração de terapêutica com efeito analgésico, levando a necessidade de reavaliação e caracterização da dor, determinando a eficácia deste tipo de intervenções. Contudo, existiu sempre oportunidade para demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 429/2018, 2018), complementando assim a abordagem da pessoa com dor, melhorando o processo de gestão da mesma. Desta forma, desenvolveram-se intervenções não farmacológicas como: posicionamento do doente, elevação dos membros, aplicação de gelo, imobilização articular ou da coluna vertebral e toque terapêutico. Procurou-se ao longo de todos os EC avaliar a dor de forma adequada,

com recurso aos instrumentos mais indicados, valorizando a dor e implementando intervenções farmacológicas e não farmacológicas com o objetivo de promoção do bem-estar, satisfação dos doentes e prevenção de complicações, segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMCPCSC (OE, 2017a).

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC enquanto unidade de competência específica incitou à compreensão da dor enquanto fenómeno multidimensional, exigindo uma melhoria do nível de conhecimento sobre as intervenções de enfermagem no processo de gestão da pessoa com dor. Desta forma, foi realizado o “Curso de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor – Básico” (Apêndice VII), ministrado pela OE, com o intuito de desenvolver competências, nesta área tão específica, mas tão frequente nos diversos contextos em que a PSC se encontra.

Reconheceu-se que, perante a PSC, que experiencia um momento de grande vulnerabilidade, é fundamental promover e assegurar uma comunicação efetiva no processo de transição de cuidados da PSC. Este aspeto vai ao encontro do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), onde é referida a importância da comunicação ao longo de todo o ciclo de prestação de cuidados, mas com especial relevo para os momentos de transição de cuidados, transferência de responsabilidade ou passagem de informação entre os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Neste sentido, durante os EC, foi adotada uma metodologia científica (Burgess et al., 2020; Toren et al., 2022), recorrendo à ferramenta ISBAR (DGS,2017b). Considera-se desta forma, que foi assegurada a qualidade da informação transmitida entre as equipas prestadoras de cuidados e salvaguardada a segurança do doente (DGS, 2017b; Figueiredo et al., 2020), desenvolvendo o critério de avaliação “demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa família/cuidador em situação crítica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363).

A gestão da comunicação interpessoal assume-se como uma unidade de competência específica do EEEMPCSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), pelo que o processo comunicacional associado aos cuidados de enfermagem, durante os EC, foi centrado na pessoa e adaptado à complexidade do seu estado de saúde, tendo por base dificuldades e barreiras existente à comunicação, relacionadas com os profissionais, com a pessoa alvo dos cuidados ou com o meio envolvente. Não obstante, em situações em que a comunicação estava comprometida, pela alteração do consciência, défice cognitivo, demência, que a PSC apresentava, esteve presente a preocupação em transmitir informações à família/cuidador relativamente ao seu estado de saúde e à necessidade de realizar determinadas intervenções e procedimentos. Este aspeto foi salvaguardado, sobretudo em contexto de EEH, em que a

família/cuidador estava mais presente, comparativamente com o contexto intra-hospitalar, clarificando a necessidade de transporte até à unidade hospitalar para garantir a continuidade de cuidados, prevenindo complicações e limitando incapacidades, visando a recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No que respeita ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a PSC, família/cuidador, a comunicação também se assume como uma ferramenta indispensável, essencial para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Phaneuf, 2005). Deste modo, não se descurou o princípio que numa interação entre pessoas, neste caso entre enfermeiro e PSC e/ou família, todo o comportamento é comunicação e tem valor de mensagem (Watzlawick et al., 1967). Este aspeto instigou uma atitude de respeito e congruência na prática clínica, em que foi adotada e gerida a comunicação verbal e não verbal durante a prestação de cuidados, refletindo respeito, disponibilidade e compreensão pela transição situacional de saúde/doença que a PSC e/ou família estava a vivenciar. Este facto verificou-se determinante para a gestão e estabelecimento de uma relação terapêutica entre a PSC, família/cuidador (Regulamento n.º 429/2018, 2018), facilitando assim a implementação de intervenções, procedimentos e consequentemente melhorando os resultados da prestação de cuidados de enfermagem (Blake & Blake, 2019).

Perante situações clínicas mais complexas ou alterações com agravamento do estado de saúde da pessoa, facilitou-se a visita dos familiares da PSC no SUG, considerando a situação de vulnerabilidade em que esta se encontrava, promovendo o seu bem-estar.

Também no contexto de cuidados intensivos, foram respeitados os momentos de visita dos familiares permitindo a privacidade entre familiares e doentes, de forma a facilitar a expressão de emoções. A visita proporciona ao enfermeiro um contato privilegiado com a família, conseguindo neste momento, através das suas intervenções comunicacionais, satisfazer as necessidades familiares, promovendo o seu envolvimento e a capacidade de decisão (Larsen et al., 2022). Observou-se que perante a incapacidade de o doente comunicar, o enfermeiro estabeleceu esta relação com a família da PSC, através da transmissão de informações sobre a satisfação de necessidades, alívio da dor, suporte ventilatório e farmacológico, esclarecendo a necessidade de cuidados de elevada complexidade, contribuindo assim para a redução da ansiedade dos familiares e para o reforço da relação terapêutica com a família. Sabe-se que cerca de 20 a 60% dos membros da família do doente internado em cuidados intensivos demonstra sintomas relacionados com ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático (Naef et al., 2022; Xyrichis et al., 2021), destacando-se a importância das intervenções dos enfermeiros dirigidas aos familiares, ao nível da comunicação, informação,

proximidade, conforto e suporte, de forma a promover o seu bem-estar (Kynoch et al., 2016; Vanhanen et al., 2022).

As situações de emergência médica colocam a PSC e/ou família num processo de adaptação a uma transição saúde/doença (Meleis et al., 2000) que se encontra bem patente em contexto de meio SIV. Este processo que envolve a pessoa e a família é frequentemente acompanhado por perturbações emocionais como resposta de adaptação. É fundamental que o EEEMCPSC demonstre competência nesta área, garantindo uma resposta adequada nestas situações. Assim, e de forma a alcançar esta unidade de competência, procurou-se a gestão de ansiedade e medo que a PSC e/ou família evidenciava face ao processo complexo de doença crítica. Esta gestão exigiu a utilização de uma comunicação empática, clarificando a necessidade de desenvolver intervenções para prevenir complicações, limitar incapacidades visando a recuperação total da pessoa. Porém, em determinadas situações e perante eventos traumáticos como o suicídio ou morte inesperada, houve a necessidade de comunicação de más notícias à família, tendo sido aplicado o protocolo *Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary* (SPIKES), para assegurar uma resposta adequada (Baile et al., 2000; Hashemi et al., 2020).

Nesse contexto, procurou-se desenvolver a competência de assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que o seu familiar se encontrava. Adotou-se assim, uma atitude empática, de respeito e perceção pelas emoções exprimidas pela família, com utilização de técnicas de estabilização emocional (Derry et al., 2019), como o relaxamento respiratório (Balban et al., 2023; Hopper et al., 2019, Norelli et al., 2022), não tendo sido necessário recorrer à técnica de *grounding* (Fisher, 1999; Gomes, 2023; Serra et al., 2015).

O EEEMPSC deve ser capaz de demonstrar conhecimentos e habilidades que facilitem a dignificação da morte e do processo de luto (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Nesse sentido, e de forma a promover o processo de luto, foi permitido aos familiares em contexto de EEH, após *términus* das manobras de reanimação e verificação do óbito, estarem próximos e se despedirem do seu ente querido.

Em contexto de SMI, e perante a PSC em morte cerebral, foi também disponibilizada e alargada a visita imediata aos familiares, proporcionando um momento de despedida, assegurando um ambiente calmo de privacidade e respeito pela PSC e pela família.

Considera-se assim que o domínio das unidades de competências supracitadas, permitiram a mobilização de um conjunto alargado de conhecimentos e habilidades, necessárias para uma resposta eficaz na prestação de cuidados à PSC e/ou família.

2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Atualmente as situações de emergência, exceção e catástrofe são cada vez mais comuns (Torani et al., 2019), impondo a necessidade de implementar planos nas instituições e capacitar os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para dar uma resposta eficaz e eficiente nesses contextos (Baker et al., 2019; Labrague et al., 2018, Murphy et al., 2021).

Estudos recentes indicam que os enfermeiros com formação avançada e treino em situações de emergência e catástrofe, demonstram maior competência e capacidade na criação de uma resposta eficaz (Chegini et al., 2022; Murphy et al., 2021).

É neste âmbito de atuação, perante uma situação de emergência, exceção e catástrofe que o EEEMCPSC se diferencia, sendo-lhe reconhecida competência na conceção, planeamento e gestão da resposta de forma eficaz e eficiente, assegurando simultaneamente a preservação dos vestígios e indícios da prática de crime (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com o intuito de ir ao encontro da unidade de competência “cuida da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19363), assumiu-se sempre uma postura proativa perante a abordagem da PSC, sobretudo pela natureza das intervenções na prestação de cuidados na SE e em meio SIV, que se revestiram de uma enorme diversidade, com apelo a vasto conjunto de conhecimentos e competências técnicas e não técnicas, permitindo o desenvolvimento de intervenções na assistência à PSC, segundo protocolos e procedimentos recentes e com base em evidência científica. Verificou-se, simultaneamente, a necessidade de consultar o Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil (Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2021), de forma a aprofundar conhecimentos sobre a missão do INEM numa fase de emergência e compreendendo as suas responsabilidades na integração da célula de resposta operacional.

No desenvolvimento desta competência específica na área da PSC, beneficiou-se do contributo formativo que o EC em meio SIV proporcionou pela diversidade de situações experienciadas. É importante referir que devido à estrutura organizacional do SIEM em Portugal, cabe ao INEM a responsabilidade da ativação dos meios operacionais necessários para garantir uma resposta imediata perante situações de emergência médica, de exceção, catástrofe e multivítimas (INEM, 2017). Neste enquadramento, a ambulância SIV é um dos meios operacionais que o INEM dispõe para garantir essa resposta. Assim, este EC pautou-se por oportunidades singulares nesta área de prestação de cuidados. De uma forma transversal, existiu a preocupação em garantir um ambiente seguro para a prática de

cuidados, salvaguardando as condições de segurança da PSC, dos profissionais de saúde e de outros intervenientes na assistência à vítima. Houve a possibilidade de prestar cuidados a vítimas de trauma, em acidente de viação que obrigou à execução de diferentes técnicas de imobilização, como a colocação de colar cervical, rolamento, elevação, colocação do cinto pélvico e do cinto aranha, de forma a prevenir as complicações decorrentes do trauma (Shodari et al., 2021), indo ao encontro do critério de avaliação “adequa a resposta em situação de trauma” (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No âmbito do EC em SUG, existiu a oportunidade de explorar e aprofundar o conhecimento sobre o Plano de Emergência Externo (PEE), através da criação de uma situação simulada de emergência visando o encaminhamento correto das vítimas no SUG, sob uma gestão eficaz dos recursos e meios disponíveis. Este exercício simulado sobre o tampo de uma mesa, designado por *tabletop* (Apêndice VIII), funciona como uma importante ferramenta na preparação e treino dos profissionais de saúde, perante situações de catástrofe e multivítimas, permitindo aos mesmos aplicar os seus conhecimentos e mobilizarem recursos da melhor forma (Chiang et al., 2020; Evans & Schwartz, 2019; Johnson et al., 2023).

Apesar do *tabletop* ser uma prática simulada, existiu um forte apelo à capacidade de tomada de decisão, liderança e gestão da situação. O cenário, pela sua complexidade, implicou a utilização e treino da triagem START (*Simple Triage and Rapid Treatment*) na abordagem às vítimas, com atribuição de diferentes prioridades e indo ao encontro do critério de avaliação respeitante à realização de triagem primária e secundária (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Foi assim possível desenvolver as unidades de competência responsáveis pela conceção dos planos de emergência a nível estratégico, planeamento da resposta à situação de catástrofe e gestão dos cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe (Regulamento n.º 429/2018, 2018). De forma reflexiva, conseguiu-se identificar algumas dificuldades sentidas na realização do exercício, nomeadamente no que concerne o papel do líder na atribuição e desenvolvimento das funções dos diferentes elementos da equipa, evidenciando que é necessário um profundo conhecimento sobre o PEE, sobre a dinâmica de funcionamento do SUG e articulação com os restantes serviços, na criação de resposta eficaz e adequada.

Por sua vez, o EC em SMI possibilitou reconhecer e verificar alguns mecanismos institucionais que foram criados de forma a obter uma rápida atuação perante situações de emergência interna. Exemplo disso, foi a existência da EEMIH, na qual faziam parte os enfermeiros do SMI, que ficavam responsáveis por integrar e garantir uma resposta célere com administração atempada e otimizada de terapêutica. De acordo com o Despacho n.º 9639/2018, “a possibilidade de sobrevivência do doente crítico depende da eficácia da resposta à emergência. Uma intervenção precoce e adequada pode diminuir a mortalidade e a

morbilidade dos doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração clínica aguda” (2018, p. 27533). Assim, durante o EC, foi percecionada a importância que a EEMIH assumia perante situações de emergência interna, cuja atuação é baseada em protocolos de atuação, segundo as mais recentes orientações científicas (Perkins et al., 2021; Soar et al., 2021).

Foi também possível desenvolver, durante o EC em SMI, a unidade de competência “gere os cuidados em situações de emergência, exceção e catástrofe” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364). Esta unidade de competência foi desenvolvida pela reflexão de uma situação de incêndio num quarto de um doente, que resultou numa intervenção rápida e articulada dos profissionais presentes no serviço. Devido à atuação atempada destes profissionais não se verificou dano ou efeito prejudicial para o doente e este incidente. Posteriormente, e de forma crítico-reflexiva, foi analisada a situação e calculado o risco potencial desta situação para os doentes e profissionais, caso o incêndio se tivesse alastrado, implicando a ativação do PEE e evacuação do serviço. Neste processo de reflexão sobre essa situação hipotética, concluiu-se que perante um procedimento de evacuação os profissionais iriam-se deparar-se com dificuldades, nomeadamente pelo facto do SMI não ter saída direta para o exterior e obrigar à utilização de elevadores para realizar a transferência dos doentes. Compreende-se assim, que o conhecimento do PEE pode ser insuficiente para a criação de uma resposta eficaz e adequada, sendo que num cenário destes é fundamental o treino dos profissionais e simulação de situações de evacuação (Kelly et al., 2021; Löfqvist et al., 2017; Sahebi et al., 2021; Zell et al., 2019).

No que respeita ao critério de avaliação “assegura meios de evacuação e transporte” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364), foi possível colaborar na preparação e no acompanhamento de doentes a nível intra-hospitalar e extra-hospitalar. Existiu, de forma transversal, a preocupação em salvaguardar todas as condições necessárias para garantir a segurança do doente e a qualidade dos cuidados durante o transporte. Estes processos de transferências foram pautados pelo cuidado na vigilância dos parâmetros vitais da PSC, pela antecipação de possíveis focos de instabilidade e primaram pela utilização de uma comunicação eficaz, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados (Burgess et al., 2020; DGS, 2017b; Figueiredo et al., 2020; Toren et al., 2022).

A gestão da comunicação é fundamental em qualquer contexto de emergência, mas assume particular importância perante um cenário multivítimas como aquele que foi experienciado em meio SIV. Este cenário de exceção, caracterizou-se por um desequilíbrio entre as necessidades exigidas e os recursos disponíveis no meio SIV, obrigando a uma atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Nesse sentido, foi indispensável a realização de uma triagem primária das vítimas, priorizando focos de instabilidade, avaliando e implementando intervenções, orientadas por protocolos baseados em evidência científica recente, e reavaliando a eficácia das mesmas. Esta situação implicou uma gestão eficaz da comunicação com o CODU, através da informação gerada pela avaliação das vítimas, que se revelou essencial para a ativação de determinados meios de emergência e desativação de outros, assim como para o correto encaminhamento das vítimas até à unidade hospitalar de destino mais adequada. No decorrer desta prestação de cuidados, e à medida que as intervenções iam sendo realizadas, foi possível avaliar a articulação e eficiência da equipa na criação de uma resposta adequada à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Esta experiência demonstrou a importância e a mobilização de competências do EEEMCPSC, na gestão eficaz dos diferentes recursos humanos, materiais e técnicos.

Existiu a oportunidade, no EC em meio SIV, de explorar e aprofundar o processo de comunicação entre o CODU e o meio SIV, compreendendo a existência de diferentes vias de transmissão de informação, iTEAMS®, telemóvel e rádio. Esta redundância de sistemas de comunicação permite assegurar permanentemente a transmissão de informação entre os profissionais no local da ocorrência e o CODU, garantindo esse processo, mesmo em locais mais remotos. Neste plano comunicacional, destaca-se a importância do rádio SIRESP®, por garantir em caso de emergência a resposta às necessidades comunicacionais dos diferentes agentes do SIEM, centralizando o comando e a coordenação, simultaneamente assegurando a intercomunicação e a interoperabilidade entre as diferentes forças e serviços (Decreto-Lei n.º 81-A/2019, 2019). Deste modo, é fundamental que o EEEMCPSC em meio SIV, domine a aplicação iTEAMS® e o equipamento de rádio SIRESP®, de forma a assegurar a comunicação e garantir a continuidade dos cuidados, registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ainda no âmbito desta competência específica, realça-se de forma singular, uma situação na SE do SUG, que levou a uma reflexão crítica sobre a prestação de cuidados desenvolvida. Destaca-se que nesta situação em particular a atuação centrou-se na identificação precoce de focos de instabilidade, monitorização e avaliação do doente, execução de técnicas e administração de terapêutica, procurando uma estabilização rápida da PSC. Contudo, não foram valorizados imediatamente alguns aspetos relacionados com a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de custódia da prova, nomeadamente à preservação de vestígios biológicos. Este doente, cujo paradeiro era desconhecido há vários dias, foi encontrado no próprio domicílio, apresentando-se inconsciente e em choque séptico, juntamente com a sua companheira já cadáver. Foi transportado até ao SUG e, no momento da sua abordagem inicial, apresentava extensas lesões de decúbito e vestígios de sangue

nas mãos e face. Realça-se que na tentativa de proteção dos vestígios biológicos, as mãos encontravam-se protegidas por luvas de nitrilo, ao invés de sacos de papel como seria adequado. Ainda durante a abordagem na SE, foi complementada a história clínica do doente, através de registos anteriores de acesso ao SUG, com informação relacionada com perturbações mentais e antecedentes de violência doméstica. Este caso serviu para despertar e alertar, em situações futuras, para a importância de identificar precocemente e desenvolver intervenções que visem a preservação de vestígios e indícios de prática de crime (Donaldson, 2022; Silva et al., 2020).

Foi interessante perceber que os EC permitiram o desenvolvimento do espírito crítico e, progressivamente, permitiram um melhor desempenho na consecução desta unidade de competência. Assim, e no EC em meio SIV perante a abordagem da PSC, num aparente suicídio por enforcamento, foi possível aplicar o protocolo PCR adulto, onde se procurou desenvolver uma atuação que zelou pela preservação de vestígios e indícios da prática de crime. Foi também adotada uma atitude rigorosa de preservação das condições do local de assistência à vítima, foi restringido o acesso ao local de terceiros não envolvidos na prestação de cuidados, foi preservado o nó da corda que envolvia a região cervical da vítima e foram documentadas as manobras de mobilização da vítima para criação de condições de segurança na execução do procedimento de SAV.

Considera-se, assim, que os EC em SUG e em meio SIV foram fundamentais para o desenvolvimento da unidade de competência “assegura a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

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

Atualmente, assiste-se a nível mundial ao problema das IACS, com um aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, levando a um acréscimo da morbidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e agravamento dos custos de saúde (DGS, 2017c; Erdem et al., 2022; Saleem et al., 2019). Neste pressuposto, as instituições de saúde não podem ignorar essa situação, dado o impacto e as implicações que as infeções têm nos doentes, na comunidade e nas próprias instituições (DGS, 2017c).

É nesta esfera de ação, que o EEEMCPSC manifesta a competência específica relacionada com o dever na adoção de boas práticas, respeitando os princípios subjacentes às

Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI), promovendo um ambiente terapêutico e seguro (DGS, 2013b). Em ambiente intra-hospitalar estes aspetos estiveram presentes na prestação de cuidados, mas também foram transpostos estes princípios para os momentos de visita aos doentes. Assim, quer no SUG, quer no SMI, foi possível instruir e o treinar os familiares para a adoção correta das PBCI (Hammoud et al., 2022), atuando a este nível como agente promotor de saúde, envolvendo a família e reforçando a relação terapêutica.

As particularidades inerentes a cada local onde decorram os diferentes EC constituíram a base dos processos crítico-reflexivos sobre a prevenção e controlo da infeção. Analisando e comparando práticas, foi possível identificar oportunidades de melhoria na prestação de cuidados nesta área específica.

Destaca-se assim, que, no que diz respeito à *bundle* para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central (DGS, 2022a), pelo contexto inerente à SE e pelo carácter de urgência/emergência na realização de alguns procedimentos para estabilização do doente, verificaram-se algumas dificuldades em garantir que todos os intervenientes no procedimento adotavam adequadamente os EPI. Deste modo, enquanto se colaborava na realização do procedimento, procurou-se assegurar o cumprimento da antisepsia da pele, incentivando a adoção de medidas com recurso à técnica assética (DGS, 2022a). Não obstante, verificou-se que foi possível o cumprimento da *bundle* para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical, procurando-se evitar o cateterismo vesical ou, por outro lado, em situações com indicação de cateterização (DGS 2022b), foi utilizada a técnica assética para a execução. Foram ainda assegurados os cuidados preconizados de manutenção do cateter, nomeadamente na higiene ao meato urinário com uma solução estéril, na seleção correta do calibre do cateter vesical, na fixação adequada e na documentação no processo clínico da data de inserção e intervenções realizadas (DGS, 2022b).

Ainda em contexto de SUG, foi possível desenvolver o critério de avaliação, as necessidades do serviço na esfera de ação da prevenção e controlo da infeção (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste ponto, foi identificada a existência de dificuldades no que concerne aos procedimentos de higienização de equipamentos de monitorização, sobretudo na utilização entre doentes, nas principais áreas de cuidados. Relacionou-se esta dificuldade com o número reduzido de equipamentos e o elevado número de doentes, sendo que este aspeto constituiu uma barreira para a adesão dos profissionais às medidas de descontaminação dos equipamentos a cada utilização. Perante este facto, foi apresentado às equipas a proposta de se poder utilizar toalhetas específicas de desinfeção, que poderiam estar disponibilizadas juntos aos materiais de monitorização, facilitando o processo. Ainda no âmbito deste critério

de avaliação de competência, verificou-se que as cortinas entre doentes nas áreas amarela e verde, não eram as mais adequadas, pela dificuldade em garantir a sua correta higienização, existindo atualmente no mercado soluções como cortinas com tecido antimicrobiano, ou ainda cortinas descartáveis específicas recomendadas para prevenção de infeção (Brown et al., 2020; Ecomed, 2023; Luk et al., 2019; Widsten et al., 2023).

Dadas as condições físicas do SUG e o elevado número de doentes presentes nas principais áreas de cuidados, verificou-se que era desafiante o cumprimento das normas de isolamento de contacto nas áreas. Contudo, observou-se um enorme esforço dos profissionais em cumprir com as normas vigentes na instituição nesta área. Assistiu-se à reorganização dos cuidados e gestão do espaço físico ocupado pelo doente, procurando cumprir com as intervenções planeadas e, simultaneamente, assegurando a prevenção e controlo da infeção.

No momento oportuno, foi possível colaborar no registo e verificação do procedimento de higienização dos ventiladores, realizado no início de cada turno, sob a responsabilidade do enfermeiro responsável pela SE. Esta prática vai ao encontro do critério de avaliação de competência, “monitoriza, regista e avalia as medidas de prevenção e controlo implementadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364). Este critério de avaliação foi também desenvolvido pela reflexão realizada sobre a supervisão clínica entre pares, que assume grande importância na prevenção e controlo da infeção, independentemente dos contextos clínicos.

Também foi possível, durante o EC, participar no Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas, onde foi apresentada a comunicação livre com o tema “Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico nas Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde – Revisão Teórica (Apêndice IX), indo assim ao encontro do critério de avaliação “demonstra conhecimento do plano nacional de controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

No decorrer do EC realizado em SMI, colaborou-se nos rastreios séticos aos doentes que davam entrada no serviço, cumprindo assim, com as orientações da DGS (2015, 2017d, 2022c). Após o procedimento de rastreio foi também realizado um registo informático, especificando a data de entrada do doente na unidade, data de futuras pesquisas microbiológicas, resultado da pesquisa, com a identificando dos principais microrganismos pesquisados: *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*, *Acinetobacter Baumannii*, *Staphylococcus Aureus* resistente à meticilina, *Clostridium Difficile*; *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Desta forma, o enfermeiro é responsável por garantir um ambiente terapêutico seguro. Considera-se assim, que foi possível abordar os dois critérios das competências do EEEMCPSC, “estabelece as estratégias pró-ativas a

implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço” e “salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

De forma a organizar os cuidados, foi interessante verificar que em contexto SMI era utilizada uma sinalética específica nas unidades dos doentes de acordo com microrganismo detetado nos rastreios realizados. Pretendia-se, deste modo, que visualmente fosse identificada a necessidade de adoção de EPI, segundo o tipo de isolamento, alertando facilmente todos profissionais na prestação de cuidados, garantindo a segurança de todos. A DGS (2017d) refere que a unidade do doente ou o quarto “deve estar devidamente identificado com sinalética facilmente compreensível a profissionais e visitas, sem que fosse mencionado o tipo de microrganismo envolvido” (2017d, p. 12).

É importante referir que, atualmente, segundo a DGS (2017d), se verifica um aumento da incidência de colonização e infeção por Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC), revelando-se um problema emergente nas unidades de saúde, preocupando profissionais e estruturas de prevenção e controlo das IACS e das resistências aos Antimicrobianos. Deste modo, a DGS (2017d) determinou o isolamento de doentes com infeção por ERC, através da alocação em quarto individual de pressão neutra. Perante este contexto, a existência de 1 quarto de isolamento no SUG e de vários quartos de isolamento em SMI, foi percecionada como fundamental para o cumprimento desta norma. Não obstante, foi possível desenvolver o critério de avaliação “diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo da infeção” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

A prestação de cuidados em contexto de SMI pautou-se pelo respeito pelas medidas preconizadas pelas diferentes *bundles* emanadas pela DGS, nomeadamente ao nível do “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central (DGS, 2022a); “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2022b); “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação” (DGS, 2022d). Reconhece-se que foi desenvolvida uma prática de enfermagem que salvaguardou o cumprimento do critério de avaliação relativo ao cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Constatou-se, tanto no SUG como no SMI, a existência de enfermeiros que assumiam a função de elos de ligação com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção. Esta articulação revelou-se fundamental para a atualização e implementação das práticas recomendadas neste âmbito, facilitando simultaneamente o

reporte de dificuldades e problemas percebidos pelos enfermeiros na prestação de cuidados, despoletando a criação de estratégias, como forma de as ultrapassar, perspetivando a melhoria dos cuidados no que respeita a prevenção das IACS.

Também ao nível da prestação de cuidados em ambiente de EEH, destaca-se a importância que o controlo da infeção assumia como uma das áreas de atenção e intervenção do EEEMCPSC. O domínio desta competência específica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) é fundamental para assegurar a segurança do doente e a qualidade das práticas. Este aspeto não tem sido descurado ao nível da emergência médica em Portugal, pelo que o INEM tem estado alinhado com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), desenvolvendo várias atividades de forma a melhorar a prestação de cuidados (segundo as recomendações da DGS) e investindo na formação dos profissionais sobre as IACS e sobre as PBCI (INEM, 2020b).

Pela complexidade crescente de situações de emergência em EEH, a PSC é alvo da realização de múltiplos procedimentos invasivos, exigindo, por vezes, a abordagem da via aérea em ambiente não controlado, estando sujeita a um elevado risco de infeção (Vikke et al., 2018). Verificou-se, em algumas situações, a impossibilidade de abordar a vítima e realizar procedimentos na célula sanitária da ambulância, o que implicou a criação de um ambiente terapêutico seguro, de forma a procurar minimizar o risco de infeção.

Na assistência à PSC, durante o EC em ambulância SIV, foram cumpridos os procedimentos internos do INEM, em consonância com as recomendações do PPCIRA. Esse aspeto traduziu-se na adoção das PBCI segundo a norma da DGS (2013b), dando ênfase à higiene das mãos, com recurso a solução antisséptica de base alcoólica, pois a lavagem das mãos nem sempre era possível, dado o contexto. Também a utilização correta dos EPI segundo o risco associado ao procedimento a realizar, a descontaminação do equipamento clínico e o controlo ambiental com higienização da célula sanitária, a adoção de práticas seguras na preparação e administração de fármacos, foram aspetos identificados nesse cumprimento. Estes aspetos contribuíram para que se desenvolvesse a unidade de competência “concebe plano de prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O enfermeiro especialista baseia a sua prática clínica em evidência científica, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, recente e pertinente, facilitando os processos de aprendizagem e contribuindo ativamente na área da investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A atuação do enfermeiro especialista é pautada pela capacidade em desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, identificando oportunidades de melhoria através da avaliação crítica das práticas, análise de resultados e eventual reavaliação das mesmas (Regulamento n.º 140/2019, 2019), num ciclo contínuo. É sobre este pressuposto que a investigação em enfermagem assume um papel de relevo e promove o seu crescimento, como refere Fortin “nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação” (2009, p. 18).

3. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Foi desenvolvido e implementado um projeto de melhoria contínua da qualidade no contexto profissional do mestrando, com o tema “Avaliação da dor na Pessoa não comunicante em contexto de cuidados pós-anestésicos”. Este projeto visou a adoção de várias estratégias para melhorar o processo de heteroavaliação da dor na pessoa não comunicante, destacando-se nesse âmbito, as ações formativas realizadas aos enfermeiros do bloco operatório, sobre a dor e os instrumentos de heteroavaliação como a BPS-IP/PT (Batalha et al., 2013) e a PAINAD-PT (Batalha et al., 2012). Foram ainda disponibilizados aos enfermeiros na UCPA os instrumentos de heteroavaliação, com o objetivo de promover o treino e a familiarização com os mesmos. Simultaneamente, foi atualizada e elaborada uma proposta de revisão da norma-procedimento institucional de avaliação de dor no adulto (Apêndice X), em conjunto com um fluxograma de avaliação da dor na UCPA (Apêndice XI), com intuito de facilitar a avaliação e gestão adequada da dor, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados.

3.1. ARTIGO: AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA NÃO COMUNICANTE EM CONTEXTO DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

Procurou-se através deste projeto melhorar a resposta e eficácia dos cuidados de enfermagem às necessidades apresentadas pela PSC, reconhecendo e valorizando o estado de vulnerabilidade em que se encontra, facilitando a transição situacional (Meleis et al., 2000) que experiencia e, simultaneamente, através do alívio da dor, promovendo o seu conforto (Kolcaba, 1994). Como forma de exposição e síntese do trabalho desenvolvido, este é apresentado em seguida em formato de artigo, que seguiu as regras de publicação da revista Latino-Americana de Enfermagem e que se apresenta em seguida.

Avaliação da Dor na Pessoa não comunicante em contexto de cuidados pós-anestésicos

Resumo

Objetivo: Identificar as dificuldades dos enfermeiros na avaliação de dor em pessoas não comunicantes; implementar a utilização dos instrumentos BPS-IP/PT e PAINAD-PT; comparar a satisfação dos enfermeiros na avaliação de dor após a implementação de medidas. **Método:** Projeto de melhoria contínua da qualidade realizado num serviço de cuidados pós anestésicos de uma instituição da região Centro de Portugal. Desenvolvido em 3 fases: I: identificação do problema; II: implementação de medidas; III: avaliação das medidas corretivas implementadas. Participaram 37 enfermeiros. Dados colhidos nas fases I e III através da aplicação de questionários eletrónicos, analisados por estatística descritiva e inferencial. Cumpridos pressupostos Éticos. **Resultados:** Principais dificuldades identificadas na heteroavaliação: défice de conhecimento (32,87%), défice de treino (26,03%) e recursos materiais/logísticos desadequados (23,29%). Correlação de 97% entre o tempo de experiência profissional e a satisfação na utilização de instrumentos de heteroavaliação. Após implementação de medidas verifica-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,002$) na satisfação dos enfermeiros na realização de heteroavaliação de dor. **Conclusão:** A avaliação de dor é afetada por diversos fatores (profissionais, organizacionais e mistos). A heteroavaliação de dor exige formação contínua, melhorando o conhecimento, treino e satisfação dos profissionais, suportada por políticas institucionais que uniformizem as práticas clínicas.

Descritores: Dor; Medição da Dor; Comunicação; Satisfação; Período Pós-Operatório; Melhoria Contínua da Qualidade

Introdução

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos, de carácter subjetivo, cuja experiência individual é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais⁽¹⁾. O acesso ao tratamento de dor é um direito do doente⁽²⁾ e, quando negligenciado, é considerado uma violação aos direitos humanos, segundo a Declaração de Montreal, assinada em 2010⁽³⁾. Assim, os profissionais têm como dever mobilizar todas as ferramentas disponíveis para um controlo de dor adequado, valorizado o carácter de subjetividade inerente à dor, valorizando-a como 5.º sinal vital^(2,4).

Os enfermeiros têm como responsabilidade realizar uma avaliação e gestão de dor adequadas⁽⁵⁾, sendo reconhecidas como boas práticas a avaliação detalhada, diagnóstico personalizado e registo sistemático da intensidade da dor⁽⁵⁾. É determinante que os enfermeiros e outros profissionais de saúde não desvalorizem, subestimem ou negligenciem a dor⁽⁶⁻⁷⁾.

Em situações de pós-operatório, a presença de dor aguda é um fenómeno frequente e esperado⁽⁸⁾ e a sua persistência, após uma lesão e intervenção cirúrgica, constitui um problema de grande potencial⁽⁹⁾, agravando o prognóstico do doente, e adquirindo características de dor crónica⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Esta transição de dor aguda para dor crónica está relacionada com um processo complexo que envolve diferentes tipos de mecanismos⁽⁸⁾ e depende das vias de sensibilização periférica e central⁽¹²⁾, em que a duração da dor aguda, após cirurgia, tem sido apontada, como um dos principais fatores de risco, sendo uma das estratégias preventivas, uma gestão de dor eficaz, através de uma avaliação adequada^(8,13).

A incapacidade de comunicar e descrever verbalmente a dor não anula a experiência de um ser humano estar a sentir dor⁽¹⁾. Para uma gestão eficaz nestes contextos, devem ser utilizados instrumentos de heteroavaliação⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ que permitam ao profissional de saúde realizar uma

aproximação da experiência de dor vivenciada pela pessoa que cuida. Os instrumentos de heteroavaliação como a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD)⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ e a Behavioral Pain Scale (BPS)⁽²⁰⁻²⁴⁾ são determinantes para uma avaliação adequada de dor, respetivamente, na pessoa que sofre de demência e na pessoa sedada e intubada sob ventilação mecânica.

Neste sentido, delinear-se como objetivos para este estudo: identificar as dificuldades dos enfermeiros na avaliação de dor em pessoas não comunicantes; implementar a utilização dos instrumentos BPS-IP/PT e PAINAD-PT; comparar a satisfação dos enfermeiros na avaliação de dor após a implementação de medidas corretivas.

Método

Delineamento do estudo e amostra: Trata-se de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo sido utilizada a metodologia quantitativa, desenvolvido em três fases: Fase I – Avaliação inicial em que foi realizado um estudo de diagnóstico das necessidades dos enfermeiros, no que diz respeito à avaliação de dor da pessoa não comunicante no período pós-operatório; Fase II – Implementação de medidas corretivas com base no diagnóstico obtido na fase I. Foram implementadas as seguintes medidas alinhadas em três linhas estratégicas: conhecimento; treino e políticas institucionais, fundamentadas na evidência recente. No âmbito do conhecimento: foram realizadas 3 ações de formação sobre a avaliação da dor, onde foi abordada a dor enquanto fenómeno multidimensional; dor como 5.º sinal vital; dor pós-cirúrgica; implicações da dor não controlada; importância da comunicação verbal e não verbal no autorrelato da dor; indicações e características dos instrumentos PAINAD-PT e BPS-IP/PT. No que respeita ao treino (Fase II) foram disponibilizados os instrumentos de heteroavaliação de dor PAINAD-PT e BPS-IP/PT e acompanhado o treino e aplicação dos referidos instrumentos. No âmbito das medidas institucionais foi atualizada a norma-procedimento institucional de avaliação de dor no adulto e, simultaneamente, foi elaborado um fluxograma

de atuação para avaliação de dor na UCPA, fundamentado em evidência científica. Estas medidas tiveram como objetivo melhorar e uniformizar o processo de heteroavaliação de dor, no pós-operatório imediato, na pessoa incapaz de comunicar.

A Fase III consistiu na avaliação final, através de um estudo descritivo que pretendeu avaliar diferenças após implementação de medidas corretivas da Fase II.

O estudo decorreu entre o 2.º semestre de 2022 e o 1.º semestre de 2023 numa Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) num hospital da zona centro de Portugal, e a sua elaboração foi baseada no ciclo PDCA (*Plan; Do; Check; Act/Adjust*) ou ciclo de *Deming* ⁽²⁵⁻²⁶⁾.

A elaboração deste artigo respeitou as orientações do guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence – SQUIRE 2.0*⁽²⁷⁾ da Rede *Equator*, recomendado para relatar novos conhecimentos relacionados com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

No estudo participaram 37 enfermeiros, totalizando 100% da população de enfermeiros que exercia funções na UCPA.

Como critérios de inclusão foram pré-definidos, os enfermeiros do serviço de bloco operatório que desempenhavam funções na UCPA e como critérios de exclusão todos os enfermeiros do serviço de bloco operatório que não desempenhavam funções na UCPA.

Instrumentos de colheita de dados

Elaborados dois questionários eletrónicos disponibilizados na plataforma *google forms*[®] pelo investigador que os aplicou na Fase I e Fase III do estudo.

O questionário aplicado na Fase I era composto por duas partes: a primeira com dados sociodemográficos e profissionais, e a segunda com 21 questões sobre dificuldades sentidas, 3 questões sobre o processo de avaliação de dor e 1 questão acerca da satisfação dos enfermeiros com a avaliação de dor em pessoas não comunicantes. O questionário aplicado na Fase III era

composto por questões que permitiam comparar as respostas obtidas na segunda parte do questionário aplicado na Fase I. Para ser possível realizar esta comparação foram utilizados códigos alfanuméricos de forma a garantir o anonimato dos profissionais e permitir uma análise emparelhada das respostas.

O processo de colheita de dados decorreu na fase I, entre setembro e novembro de 2022, e na fase III, entre fevereiro e março de 2023, através do envio de um *link*, pelo gestor da UCPA, que permitia o acesso aos questionários.

Os dados obtidos foram analisados recorrendo a estatística descritiva e inferencial através do *software IBM Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS®)* versão 28 de 2022.

Recorreu-se a estatística descritiva (média, desvio padrão, valores mínimos, máximos, valores absolutos e relativos) e inferencial com recurso a testes não paramétricos, por se ter verificado uma distribuição não normal, através do teste de *Shapiro-Wilks*, e não homogénea das distribuições (teste de Levene). Assim, para testar a diferenças em dois momentos, na mesma amostra foi utilizado teste de *Wilcoxon* e o teste de *Spearman* para estudar a correlação entre duas variáveis quantitativas. O nível de significância estatística foi aceite para $p < 0,05$.

Considerações Éticas

Foi obtido consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros para a participação no estudo, prévio ao preenchimento dos questionários. Os participantes poderiam desistir de participar em qualquer fase do estudo, garantindo o direito à autodeterminação, através do não preenchimento do(s) questionários e, caso já tivessem realizado preenchimento de um ou dos dois questionários, bastava contactar o investigador e ceder o código alfanumérico inserido no questionário, para extração dos dados relativos a esse código na base de dados. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes. O estudo contou com a aprovação pela Comissão de Ética da Instituição com o código CI-53/2022.

Resultados

A maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (73%) e a média global de idades foi de 40±10,04 anos, com um tempo de experiência média de 20,49±10,16 anos. 10,8% eram mestres na área de enfermagem e 29,7% detinham formação complementar na área de anestesia ou dor (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros (n = 37). Região Centro, Portugal, 2022.

Dados Sociodemográficos	n* = 37 (%† da amostra)		
Sexo			
Feminino	27 (73%)		
Masculino	10 (27%)		
Idade (anos)			
<35	5 (13,5%)	M‡	40
35-50	21 (56,8%)	Md§	44,19
>50	11 (29,7%)	DP	10,04
		min. ¶	26
		máx. **	62
Tempo de Experiência Profissional (anos)			
<15	13 (35,1%)	M‡	20,49
15-30	16 (43,2%)	Md§	17,00
>30	8 (21,6%)	DP	10,16
		min. ¶	4
		máx. **	41
Categoria Profissional			
Enfermeiro	33 (89,2%)		
Enfermeiro Especialista	4 (10,8%)		
Habilitações Académicas			
Licenciatura (exclusivamente)	33(89,2%)		
Mestrado	4 (10,8%)		
Formação Complementar			
Formação em Anestesia ou Dor	11 (29,7%)		

*n = Número de participantes; †% = Percentagem; ‡ M = Média; § Md = Mediana; || DP = Desvio Padrão; ¶ min = Mínimo; ** máx = Máximo

Na Fase I do estudo, é de salientar que foi possível, através do teste de *Spearman*, encontrar uma correlação positiva muito forte ($r=0,970$; $p=-0,006$) entre o tempo de experiência profissional e a satisfação na avaliação de dor em pessoas não comunicantes, evidenciando que os enfermeiros que demonstraram maior satisfação na avaliação da dor na pessoa não comunicante, foram os que detinham maior experiência profissional.

Foi possível identificar, através do questionário aplicado na fase I, a existência de dificuldades no processo de aplicação de instrumentos para a avaliação de dor em pessoas não comunicantes. Na Tabela 2 são comparadas diferenças nas respostas entre o 1.º e o 2.º momento de colheita de dados. Destaca-se através da questão 3 (Q3) um maior reconhecimento da comunicação como barreira na avaliação da dor, sendo que o valor médio das respostas aumenta de 4 para 4,38 e o desvio padrão diminui de 1,528 para 1,210. Verifica-se, após a formação e treino, que um maior número de enfermeiros reconhece que a heteroavaliação da dor não está a ser eficazmente realizada (Q6) ($3,08\pm s$). Simultaneamente, os enfermeiros revelam estar mais sensibilizados para a avaliação da dor na pessoa sedada e intubada (Q12) ($3,78\pm s$) e na pessoa com demência (Q14) ($4,32\pm s$). Observa-se entre os dois momentos de colheita de dados uma redução na dificuldade manifestada na heteroavaliação da dor (Q13 e Q15), em que o valor da média nas respostas entre os dois momentos diminui, respetivamente ($3,43\pm s$ e $4,08\pm s$). É ainda de sublinhar que a amostra se encontra dividida ($3,14\pm s$ e $2,95\pm s$), quando questionada sobre a aplicação dos instrumentos de heteroavaliação enquanto medida isolada na correta avaliação da dor pós-cirúrgica (Q17). Contudo, de forma quase unânime ($4,59\pm s$ e $4,62\pm s$), nos dois momentos de inquérito, a amostra considerou que os instrumentos BPS-IP/PT e PAINAD-PT facilitam a avaliação e gestão de dor na UCPA (Q18).

Tabela 2 – Resumo de respostas sobre processo de avaliação de dor na UCPA (n* = 37 participantes). Região Centro, Portugal, 2022

	n* = 37	Média		Desvio Padrão		Mínimo		Máximo	
		1.ºm†	2.ºm‡	1.ºm†	2.ºm‡	1.ºm†	2.ºm‡	1.ºm†	2.ºm‡
Q1. A avaliação da dor na UCPA deve ser sempre realizada	37	5,00	5,00	,000	,000	5	5	5	5
Q2. A comunicação com a pessoa é importante para a avaliação da dor	37	4,95	4,86	,229	,536	4	2	5	5
Q3. A comunicação pode ser uma barreira para a avaliação da dor	37	4,00	4,38	1,528	1,210	1	1	5	5
Q4. Realiza sempre a avaliação dor pós-cirúrgica	37	4,95	4,86	,229	,419	4	3	5	5
Q5. Na sua prática diária a dor aguda pós-cirúrgica bem gerida	37	4,05	4,00	,621	,745	2	2	5	5
Q6. A avaliação da dor é realizada corretamente na pessoa incapaz de a comunicar	37	3,43	3,08	1,068	1,064	1	1	5	5
Q7. As medidas farmacológicas prescritas são suficientes para o controlo adequado da dor pós-cirúrgica	37	3,62	3,51	,982	1,096	2	1	5	5
Q8. A avaliação correta da dor pode limitar o recurso a medidas farmacológicas prescritas para o tratamento da dor	37	3,46	3,24	1,366	1,480	1	1	5	5
Q9. Implementa intervenções não farmacológicas sempre que necessário para o controlo da dor	37	3,73	3,86	1,018	,822	2	1	5	5
Q10. A avaliação adequada da dor tem impacto na implementação de medidas não farmacológicas	37	4,51	4,35	,731	,716	2	3	5	5
Q11. A pessoa que está intubada e ventilada sob sedação não tem dor	37	1,27	1,30	,932	,939	1	1	5	5
Q12. Habitualmente avalia a dor na pessoa que está intubada e ventilada sob sedação	37	3,43	3,78	1,214	1,250	1	1	5	5
Q13. A avaliação da dor na pessoa intubada e ventilada sob sedação é um processo difícil	37	3,95	3,43	1,201	1,191	1	1	5	5
Q14. A pessoa com demência tem dificuldade em expressar a dor pós cirúrgica.	37	4,03	4,32	1,166	,852	1	2	5	5
Q15. Considera difícil o processo de avaliação da dor na pessoa com demência	37	4,19	4,08	,967	1,090	2	1	5	5
Q16. O comportamento da pessoa com demência após a cirurgia pode estar associado a dor aguda	37	4,51	4,68	,692	,530	2	3	5	5
Q17. Os instrumentos de avaliação da dor utilizadas na UCPA são suficientes para a correta avaliação da dor pós-cirúrgica	37	3,14	2,95	1,294	1,201	1	1	5	5
Q18. A implementação de instrumentos de heteroavaliação facilitaria a sua capacidade em avaliar e gerir a dor na UCPA	37	4,59	4,62	,644	,545	2	3	5	5
Q19. A dor aguda não controlada pode afetar a recuperação da pessoa no período pós-cirúrgico	37	4,86	4,89	,419	,315	3	4	5	5
Q20. A avaliação correta da dor pode prevenir complicações pós-cirúrgicas	37	4,76	4,84	,495	,442	3	3	5	5
Q21. A Pessoa com dor pós-cirúrgica requer uma vigilância temporal mais alargada na UCPA	37	4,78	4,84	,584	,553	2	2	5	5

*n = Número de participantes; †1.ºm = Primeiro momento de inquérito; ‡2.ºm = Segundo momento de inquérito

Foi analisado o conhecimento dos enfermeiros sobre os diferentes tipos de instrumentos utilizados na avaliação de dor na UCPA, tendo-se verificado que apenas 21,6% da amostra recorre a instrumentos de heteroavaliação (BPS-IP/PT e PAINAD-PT) na sua prática clínica. Os enfermeiros que participaram no estudo identificaram diversas dificuldades na aplicação dos instrumentos de heteroavaliação. As respostas dos enfermeiros foram agrupadas segundo fatores relacionados com os profissionais, organizacionais e mistos (Figura 1).



Figura 1 – Principais dificuldades identificadas na aplicação de instrumentos de heteroavaliação pelos enfermeiros na UCPA.

Através da análise da Tabela 3 constata-se que os itens que apresentam maior frequência são o défice de conhecimento sobre os instrumentos de heteroavaliação (32,87%), os recursos materiais e logísticos desadequados (23,29%) o défice de treino nos respetivos instrumentos (26,03%). Consideram-se, assim, estes itens como as principais barreiras e dificuldades identificadas no processo de heteroavaliação realizado pelos enfermeiros na UCPA.

Tabela 3. Dificuldades na aplicação dos instrumentos de heteroavaliação ($n^* = 73$ respostas identificadas). Região Centro, Portugal, 2022

	Frequência absoluta (n^*)	Frequência Relativa (% †)	Frequência Relativa por Categoria (% †)
Fatores relacionados com os Profissionais			36,97
Défice de conhecimento (instrumentos de heteroavaliação)	24	32,88	
Défice de motivação	3	4,11	
Fatores Organizacionais			24,66
Recursos materiais e logísticos desadequados	17	23,29	
Ausência de protocolo de heteroavaliação	1	1,37	
Fatores Mistos			38,36
Défice de tempo exigido na heteroavaliação	9	12,33	
Défice de treino (instrumentos de heteroavaliação)	19	26,03	
Total	73	100	100

No que diz respeito ao estudo da satisfação dos enfermeiros na utilização de instrumentos de heteroavaliação de dor nos dois momentos do estudo, foi possível, através do teste de *Wilcoxon*, verificar uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,002$) quando comparados os dois momentos de colheita de dados. Verificou-se que a satisfação com a utilização dos instrumentos melhorou no 2.º momento de avaliação, evidenciando que as medidas implementadas ao nível do conhecimento e do treino contribuíram para melhorar essa satisfação (Tabela 4).

Tabela 4 – Satisfação dos enfermeiros na utilização de instrumentos de heteroavaliação. Região Centro, Portugal, 2022

Satisfação dos enfermeiros 2.º momento – 1.º momento	n^*	Posto Médio	Soma das Classificações
Classificações negativas	8 †	11,75	94
Classificações positivas	23 ‡	17,48	402

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Empates 6[§]

Total 37

Z = -3,033

Significância bilateral (**p-value**^{||}) = **0,002**

*n = número de participantes; †2.º Satisfação momento < Satisfação 1.º momento; ‡2.º Satisfação momento > Satisfação 1.º momento; §2.º Satisfação momento = Satisfação 1.º momento; ||p-value = Valor de probabilidade

Discussão

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela proximidade com a pessoa que cuidam, devem estar mais atentos a uma avaliação e gestão de dor eficaz⁽²⁸⁾. No estudo realizado verificou-se que os enfermeiros detinham um tempo significativo de experiência profissional (20,49±10,16), contudo esta variável não é indicativa de competência efetiva na avaliação e gestão de dor eficaz⁽²⁹⁻³⁰⁾. Os enfermeiros com uma maior experiência profissional tendem a demonstrar melhores resultados na gestão de dor⁽³¹⁻³³⁾. Porém, a literatura⁽³⁴⁻³⁸⁾ também refere que o desempenho dos enfermeiros na gestão de dor é condicionado pela natureza do contexto clínico e pela formação, nomeadamente ao nível do conhecimento e do treino.

Foi também possível identificar uma correlação muito forte do tempo de experiência profissional com a satisfação da avaliação de dor. Este resultado pode ser explicado pelo facto dos enfermeiros com uma maior experiência profissional exercerem um trabalho fixo e não por turnos, por auferirem uma remuneração superior aos enfermeiros em início de profissão e por serem reconhecidos e valorizados entre os pares, fatores promotores da satisfação profissional⁽³⁹⁾. A evidência científica demonstra que a satisfação dos enfermeiros nos diversos contextos clínicos contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados⁽³⁹⁻⁴²⁾, contudo é um fenómeno multifacetado e de difícil compreensão^(39,41).

A avaliação de dor eficaz exige treino e formação contínua⁽³⁵⁻³⁷⁾, não se estabelecendo uma relação entre o desempenho dos enfermeiros e o tempo de experiência profissional, segundo alguns autores⁽⁴³⁾. Neste estudo, verificou-se que apenas 29,7% dos enfermeiros detinham formação complementar na área de anestesia ou dor. Este facto pode ser gerador de um défice de conhecimento no que respeita a abordagem correta e adequada da pessoa com dor⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾. A formação e conhecimento sobre a fisiopatologia da dor, particularidades na sua avaliação, mitos associados à dor e medicação analgésica, comportamento do doente com dor e medidas farmacológicas e não farmacológicas, são aspetos fundamentais para uma gestão adequada da dor^(36, 46-48). Já o controlo inadequado da dor pós-operatória é um preditor do desenvolvimento de dor crónica pós-cirúrgica^(8,49-50). Sabe-se que cerca de 10% das pessoas submetidas a cirurgia podem experienciar uma transição para dor crónica pós-cirúrgica com alteração funcional substancial das suas vidas⁽¹¹⁾. É reconhecido que, pela elevada prevalência da dor e pela transversalidade da sua abordagem, os profissionais de saúde devam frequentar formação adequada, assegurando uma avaliação e controlo de dor adequados⁽⁷⁾.

Os resultados obtidos no primeiro momento de avaliação evidenciaram a existência de dificuldades na avaliação de dor em pessoas não comunicantes, o que vai ao encontro de diversos autores e estudos realizados^(47, 51-53). Foi ainda verificado, na fase I deste estudo, que apenas 21,6% dos enfermeiros demonstraram conhecer e utilizar instrumentos de heteroavaliação na UCPA. Este aspeto, em conjunto com os resultados obtidos numa primeira análise, evidenciou o défice de conhecimentos existente no processo de abordagem à pessoa com dor, revelando a importância na melhoria do nível de conhecimentos e aptidões dos enfermeiros, que atualmente é reconhecida para identificar e avaliar adequadamente a dor^(45-46,54).

Esta constatação inicial acerca do nível de conhecimentos dos enfermeiros, fundamentou, enquanto medida corretiva, a realização de 3 ações de formação sobre o tema a avaliação da dor na pessoa não comunicante e a disponibilização dos instrumentos BPS-IP/PT e PAINAD-PT em formato digital e em papel, de forma a incentivar à utilização e treino dos mesmos. Esta estratégia utilizada foi alicerçada pelo facto de se reconhecer que a formação contínua desempenha um papel fundamental para que os enfermeiros sejam competentes no processo de avaliação e gestão de dor^(5,46,55).

Através dos resultados comparativos, observou-se que as medidas implementadas contribuíram para uma melhoria da autopercepção dos níveis de conhecimento no processo de avaliação de dor e utilização de instrumentos de heteroavaliação. Este resultado está de acordo com as conclusões de alguns autores⁽⁵⁾, que afirmam que as medidas formativas na área da gestão de dor afetam positivamente o desempenho dos enfermeiros, incentivando a aplicação de programas baseados no ciclo PDCA e protocolos de atuação na avaliação e gestão de dor.

Estudos realizados^(47,51) concluem que vários fatores como a desvalorização da prioridade, a existência de barreiras organizacionais, barreiras no comportamento e no conhecimento podem afetar a utilização de escalas de avaliação e controlo de dor em pessoas com incapacidade em comunicar. Estudos recentes^(32,54,56-57) apontam que, no âmbito da avaliação e gestão de dor, o défice de conhecimento não deve ser enunciado como único fator com influência ou caráter limitativo. Também as barreiras atitudinais entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde no âmbito da dor devem ser equacionadas. Atualmente a gestão de dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada e multimodal^(5,56,58-59). Destacam-se, desta forma, os diferentes fatores que podem facilitar ou condicionar a gestão de dor, que se relacionam na sua génese com a capacidade da pessoa comunicar, com os profissionais e, inclusivamente, com o sistema/políticas de saúde^(47,56,58,60). No domínio das políticas institucionais, a ausência de

protocolos específicos na abordagem da dor é também considerada uma barreira para o controlo eficaz da mesma^(32,47,58), pelo que é importante que este controlo seja realizado com base na melhor evidência científica, de forma a prevenir e controlar a dor, visando a melhoria da qualidade de vida e recuperação funcional da pessoa⁽⁷⁾.

Estes aspetos vão ao encontro dos resultados obtidos, onde se verifica que os enfermeiros identificaram diversos fatores (pessoais, organizacionais e mistos) como principais dificuldades na avaliação de dor. Salientam-se, assim, o défice de conhecimento sobre os instrumentos de heteroavaliação (32,87%) e o défice de treino nos respetivos instrumentos (26,03%). Estes dois aspetos estão bem patentes na colheita de dados realizada, expondo de forma clara que a grande maioria dos enfermeiros não está sensibilizada para a importância da heteroavaliação e não possui conhecimento e treino na utilização de instrumentos adequados à avaliação de dor na pessoa não comunicante. Também a inadequação dos recursos materiais e logísticos (23,29%) foram elencados pelos enfermeiros como fatores condicionantes no processo de avaliação de dor, entre os quais a limitação do sistema informático existente para a realização dos registos clínicos. O facto deste sistema de informação não integrar instrumentos de heteroavaliação e a inexistência de um guia orientador ou protocolo de atuação na avaliação de dor na pessoa não comunicante, dificulta a uniformização de boas práticas clínicas no serviço. Esta situação foi já identificada como uma barreira dificultadora na avaliação da dor em estudos anteriores⁽⁶¹⁻⁶³⁾. Estes resultados impulsionaram o desenvolvimento de uma norma-procedimento a nível institucional referente à avaliação de dor no adulto na UCPA e à construção de um fluxograma de atuação, facilitando a abordagem e gestão de dor pelos enfermeiros neste contexto. A evidência científica sugere ainda que a experiência, o treino e a formação na utilização de instrumentos de heteroavaliação é essencial neste processo^(18,53,64-65), pelo que foram também adotadas como estratégias de melhoria contínua neste estudo.

Estas justificações podem também ser uma razão explicativa dos resultados encontrados na melhoria da satisfação dos enfermeiros no processo de utilização de instrumentos de heteroavaliação de dor, entre os dois momentos de avaliação, com uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,002$). Uma outra justificação pode também estar relacionada com uma mudança de atitude dos profissionais em relação à gestão do fenómeno dor na UCPA^(32,66) que, dado o envolvimento no processo de melhoria continua e colaboração no estudo, incitou a uma maior autoconsciencialização pessoal para a heteroavaliação de dor na UCPA, refletindo-se nas heteroavaliações, com recurso aos instrumentos BPS-IP/PT e PAINAD-PT, realizadas e registadas não apenas no decorrer do estudo, mas também após o seu término.

É demonstrado assim, no presente estudo, que as medidas implementadas contribuíram para uma melhoria do desempenho e satisfação dos enfermeiros na gestão e controlo de dor na pessoa não comunicante. Este resultado está de acordo com a evidência existente que destaca que as medidas educacionais e organizacionais de desenvolvimento profissional promovem a satisfação dos enfermeiros⁽⁶⁷⁾.

Como limitações ao estudo é possível identificar a ausência de medidas dirigidas à equipa médica nesta área, uma vez que estes profissionais de saúde em parceria com os enfermeiros constituem os principais responsáveis pela gestão de dor na UCPA, sugerindo-se que em estudos futuros sejam integrados. Também o tamanho da amostra impossibilita a generalização dos resultados, sugerindo-se o desenvolvimento de estudos multicêntricos de eficácia com esta população, através de metodologias mistas onde se possa também explorar as causas de insatisfação com os instrumentos de heteroavaliação, com recurso a entrevistas dos enfermeiros e médicos do serviço.

Conclusão

O desenvolvimento deste estudo permitiu dar resposta a todos os objetivos delineados inicialmente. Foi possível identificar as principais dificuldades no processo de avaliação de dor, das quais se elenca o défice de conhecimento e treino no processo de heteroavaliação, a ausência de instrumentos adequados para a avaliação de dor e inadequação dos sistemas de informação para os registos clínicos, assim como a desatualização de normas e procedimentos institucionais nesta área de prestação de cuidados.

Entre as medidas corretivas implementadas, destaca-se a formação e o treino na heteroavaliação, sobretudo através da disponibilização dos instrumentos BPS-IP/PT e PAINAD-PT na UCPA, promovendo a melhoria do nível de conhecimento e satisfação dos enfermeiros e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados.

Considera-se que a comparação da satisfação dos enfermeiros na avaliação de dor e a identificação das diferenças na heteroavaliação entre os dois momentos de avaliação foram preponderantes para a compreensão e análise dos resultados decorrentes das medidas implementadas ao longo do estudo. Esses resultados evidenciaram tendências favoráveis que apontam para a melhoria na utilização de instrumentos de heteroavaliação de dor na UCPA, observando-se ainda um aumento no nível de satisfação dos enfermeiros no processo de avaliação de dor em doentes não comunicantes.

A avaliação de dor na pessoa não comunicante na UCPA é um processo que exige conhecimento e treino na utilização de instrumentos de heteroavaliação em estreita articulação com a equipa de anestesiologia, com orientação e suporte a nível institucional, através de normas-procedimento e fluxogramas de atuação na abordagem da pessoa com dor.

De forma a garantir a sustentabilidade do projeto, é fundamental uma reavaliação das medidas implementadas e correção das mesmas, com enfoque na formação contínua e no treino dos

profissionais no recurso aos instrumentos de heteroavaliação, assim como a divulgação dos resultados decorrentes do seu desenvolvimento com periodicidade anual e envolvimento de todos os profissionais do serviço.

A avaliação de dor na pessoa não comunicante na UCPA é um dever dos profissionais de saúde, que deve ser suportado por políticas institucionais, com base em evidência científica recente, que visem assegurar uma atualização de conhecimentos dos enfermeiros, fomentando a satisfação profissional, a articulação interdisciplinar na abordagem da pessoa com dor, garantindo assim a qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Referências

1. International Association for the Study of Pain. Announces Revised Definition of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain. 2020 [cited 2023 Feb 27]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
2. Direção-Geral da Saúde. Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). 2013 [cited 2023, Feb 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
3. International Association for the Study of Pain. Access to Pain Management: Declaration of Montreal [Internet]. International Association for the Study of Pain. 2015 [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>
4. Direção-Geral da Saúde. Circular N° 09/DGCG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. [Internet]. Direção-Geral da Saúde. 2003 [cited 2023, Feb 23] <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
5. Ordem dos Enfermeiros. Dor – Guia Orientador de Boa Prática [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2008 [cited 2023, Feb 25]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
6. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Definições: A Dor como 5º Sinal Vital [Internet]. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. [cited 2023 Mar 4]. Available from: <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
7. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. [Internet]. Direção-Geral da Saúde. 2017 [cited 2023, Mar 4] <https://www.aped->

[doi.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)

8. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet*. 2019;393(10180):1537-46. Doi: 10.1016/S0140-6736(19)30352-6

9. Wooldridge S, Branney J. Congruence between nurses' and patients' assessment of postoperative pain: a literature review. *Br J Nurs*. 2020;29(4):212-20. Doi: 10.12968/bjon.2020.29.4.212

10. International Association for the Study of Pain. Prevention of Pain in Vulnerable Populations [Internet]. International Association for the Study of Pain. 2021 [cited 2023 Feb 27]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/prevention-of-pain-in-vulnerable-populations/>

11. Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain*. 2019;160(1):45-52. Doi: 10.1097/j.pain.0000000000001413

12. Pogatzki-Zahn EM, Segelcke D, Schug SA. Postoperative pain-from mechanisms to treatment. *Pain Rep*. 2017;2(2):e588. Doi: 10.1097/PR9.0000000000000588

13. Gilron I, Vandenkerkhof E, Katz J, Kehlet H, Carley M. Evaluating the Association Between Acute and Chronic Pain After Surgery: Impact of Pain Measurement Methods. *Clin J Pain*. 2017;33(7):588-94. Doi: 10.1097/AJP.0000000000000443

14. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Pain in dementia. *PAIN Reports*. 2020;5(1):e803. Doi: 10.1097/PR9.0000000000000803

15. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*. 2006;7(2):44-52. Doi: 10.1016/j.pmn.2006.02.003

16. Batalha L, Duarte C, Rosário R, Costa M, Pereira V, Morgado T. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012; Série III:7-16. Doi: 10.12707/RIII1294

17. Boltz M, Resnick B, Kuzmik A, Mogle J, Jones JR, Arendacs R, et al. Pain Incidence, Treatment, and Associated Symptoms in Hospitalized Persons with Dementia. *Pain Management Nursing*. 2021;22(2):158-63. Doi: 10.1016/j.pmn.2020.08.002

18. Muñoz-Narbona L, Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Juvé-Udina E, Llorca MB, Cabrera-Jaime S. Impact of a Training Intervention on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale in Noncommunicative Inpatients. *Pain Management Nursing*. 2019;20(5):468-74. Doi: 10.1016/j.pmn.2019.01.007

19. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2003;4(1):9-15. Doi: 10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7

20. Batalha L, Figueiredo A, Marques M, Bizarro V. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*. 2013; Série III:7-16. Doi: 10.12707/RIII12108
21. Chanques G, Payen JF, Mercier G, de Lattre S, Viel E, Jung B, et al. Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Med*. 2009;35(12):2060-7. Doi: 10.1007/s00134-009-1590-5
22. Gélinas C, Joffe AM, Szumita PM, Payen JF, Bérubé M, Shahiri TS, et al. A Psychometric Analysis Update of Behavioral Pain Assessment Tools for Noncommunicative, Critically Ill Adults. *AACN Adv Crit Care*. 2019;30(4):365-87. Doi: 10.4037/aacnacc2019952
23. Pinheiro A, Marques RMD. Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(4):571-81. Doi: 10.5935/0103-507X.20190070
24. Wojnar-Gruszka K, Segá A, Płaszewska-Żywko L, Wojtan S, Potocka M, Kózka M. Pain Assessment with the BPS and CCPOT Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17). Doi: 10.3390/ijerph191710894
25. Pan N, Luo YY, Duan QX. The Influence of PDCA Cycle Management Mode on the Enthusiasm, Efficiency, and Teamwork Ability of Nurses. *Biomed Res Int*. 2022;2022:9352735. Doi: 10.1155/2022/9352735
26. Tamher SD, Rachmawaty R, Erika KA. The effectiveness of Plan Do Check Act (PDCA) method implementation in improving nursing care quality: A systematic review. *Enfermería Clínica*. 2021;31:S627-S31. Doi: 10.1016/j.enfcli.2021.07.006
27. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(12):986-92. Doi: 10.1136/bmjqs-2015-004411
28. Natavio T, McQuillen E, Dietrich MS, Wells N, Rhoten BA, Vallerand AH, et al. A Comparison of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). *Pain Manag Nurs*. 2020;21(6):502-9. Doi: 10.1016/j.pmn.2020.04.001
29. Ahmadi S, Vojdani P, MortezaBagi HR. The study of nurses' knowledge and attitudes regarding pain management and control in emergency departments. *BMC Emerg Med*. 2023;23(1):26. Doi: 10.1186/s12873-023-00793-y
30. Kadović M, Ćorluka S, Dokuzović S. Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(9). Doi: 10.3390/ijerph20095678

31. Asman O, Slutsker E, Melnikov S. Nurses' perceptions of pain management adequacy in mechanically ventilated patients. *J Clin Nurs.* 2019;28(15-16):2946-52. Doi: 10.1111/jocn.14896
32. Fernández-Castro M, Martín-Gil B, López M, Jiménez JM, Liébana-Presa C, Fernández-Martínez E. Factors Relating to Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Inpatients. *Pain Manag Nurs.* 2021;22(4):478-84. Doi: 10.1016/j.pmn.2020.12.012
33. Youngcharoen P, Vincent C, Park CG. Theory of Planned Behavior Constructs Associated with Nurses' Pain Assessment and Pro Re Nata (PRN) Opioid Analgesic Administration: A Cross-sectional Study. *Pain Manag Nurs.* 2017;18(3):153-69. Doi: 10.1016/j.pmn.2017.03.001
34. Al Omari D, Alhabahbeh A, Subih M, Aljabery A. Pain management in the older adult: The relationship between nurses' knowledge, attitudes and nurses' practice in Ireland and Jordan. *Appl Nurs Res.* 2021;57:151388. Doi: 10.1016/j.apnr.2020.151388
35. Chatchumni M, Eriksson H, Mazaheri M. Core components of an effective pain management education programme for surgical nurses: A Delphi study. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2022;17(1):2110672. Doi: 10.1080/17482631.2022.2110672
36. Innab A, Alammar K, Alqahtani N, Aldawood F, Kerari A, Alenezi A. The impact of a 12-hour educational program on nurses' knowledge and attitudes regarding pain management: a quasi-experimental study. *BMC Nurs.* 2022;21(1):250. Doi: 10.1186/s12912-022-01028-4
37. Rababa M, Al-Rawashdeh S. Critical care nurses' critical thinking and decision making related to pain management. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2021;63:103000 Doi: 10.1016/j.iccn.2020.103000
38. Youngcharoen P, Aree-Ue S. A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients. *Nurs Open.* 2023;10(1):90-8. Doi: 10.1002/nop2.1281
39. Rodrigues M, Gaspar F, Lucas, P. Nurses' job satisfaction in hospital setting: A scoping review. *NTQR.* 2022;13:e650. Doi: 10.36367/ntqr.13.2022.e650
40. Gunawan J, Aunguroch Y, Fisher ML, Marzilli C, Liu Y. Factors Related to the Clinical Competence of Registered Nurses: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nurs Scholarsh.* 2020;52(6):623-33. Doi: 10.1111/jnu.12594
41. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2019;94:21-31. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011
42. Silva MP, Silva M de F, Wang ZL, Melo MF, Gouveia MJ. Satisfação profissional e a qualidade dos cuidados de enfermagem – uma revisão integrativa. 2022;(30):363-85. Doi: 10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11393
43. Slatyer S, Myers H, Kelly MA. Understanding Nurse Characteristics that Influence Assessment and Intention to Treat Pain in Postoperative Patients: An Integrative Literature Review. *Pain Manag Nurs.* 2022;23(5):663-71. Doi: 10.1016/j.pmn.2022.03.003

44. Ayaz NP, Sherman DW. Understanding Attitudes, Social Norms, and Behaviors of a Cohort of Post-Operative Nurses Related to Pain and Pain Management. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(5). Doi: 10.3390/healthcare10050844
45. Tsai YI, Browne G, Inder KJ. Documented nursing practices of pain assessment and management when communicating about pain in dementia care. *J Adv Nurs*. 2022;78(10):3174-86. Doi: 10.1111/jan.15251
46. Achaliwie F, Wakefield AB, Mackintosh-Franklin C. Does Education Improve Nurses' Knowledge, Attitudes, Skills, and Practice in Relation to Pain Management? An Integrative Review. *Pain Manag Nurs*. 2023;24(3):273-9. Doi: 10.1016/j.pmn.2022.12.002
47. Rababa M, Al-Sabbah S, Hayajneh AA. Nurses' Perceived Barriers to and Facilitators of Pain Assessment and Management in Critical Care Patients: A Systematic Review. *J Pain Res*. 2021;14:3475-91. Doi: 10.2147/JPR.S332423
48. Rahman MA, Hanna J, Zein BE, Badr LK. A Nonrandomized Pretest Posttest Study on the Impact of an Educational Pain Management Program on Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain in a Middle Eastern Country. *Pain Manag Nurs*. 2022;23(3):324-9. Doi: 10.1016/j.pmn.2021.07.003
49. Lopes A, Seligman Menezes M, Antonio Moreira de Barros G. Chronic postoperative pain: ubiquitous and scarcely appraised: narrative review. *Braz J Anesthesiol*. 2021;71(6):649-55. Doi: 10.1016/j.bjane.2020.10.014
50. O'Neill A, Lirk P. Multimodal Analgesia. *Anesthesiol Clin*. 2022;40(3):455-68. Doi: 10.1016/j.anclin.2022.04.002
51. Deldar K, Froutan R, Ebadi A. Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2018;17:11. Doi: 10.1186/s12912-018-0281-3
52. Hamdan KM. Nurses' Assessment Practices of Pain Among Critically Ill Patients. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(5):489-96. Doi: 10.1016/j.pmn.2019.04.003
53. Ortiz MI, Cuevas-Suárez CE, Cariño-Cortés R, Navarrete-Hernández JJ, González-Montiel CA. Nurses knowledge and attitude regarding pain: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2022;63:103390. Doi: 10.1016/j.nepr.2022.103390
54. Jonsdottir T, Gunnarsson EC. Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Management Nursing*. 2021;22(3):281-92. Doi: 10.1016/j.pmn.2020.11.002
55. Grommi S, Vaajoki A, Voutilainen A, Kankkunen P. Effect of Pain Education Interventions on Registered Nurses' Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Manag Nurs*. 2023. Doi: 10.1016/j.pmn.2023.03.004

56. McCabe C, Feeney A, Basa M, Eustace-Cook J, McCann M. Nurses knowledge, attitudes and education needs towards acute pain management in hospital settings: A meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2023. Doi: 10.1111/jocn.16612
57. Mitello L, Marucci AR, Salvatore S, Sii Onesto A, Baglio G, Latina R. Predictors of nurses' attitudes and knowledge towards pain management in Italy. A cross-sectional study in the hospital settings. *Applied Nursing Research*. 2021;62:151512. Doi: 10.1016/j.apnr.2021.151512
58. Montoro-Lorite M, Risco E, Canalias-Reverter M, Rodríguez-Murillo JA, García-Pascual M, Zabalegui A. Integrated Management of Pain in Advanced Dementia. *Pain Manag Nurs*. 2020;21(4):331-8. Doi: 10.1016/j.pmn.2019.12.004~
59. Proc JL, Jordan H, Docherty AB. Perioperative care of people with dementia. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020;81(2):1-9. Doi: 10.12968/hmed.2019.0345
60. Rababa M, Al-Sabbah S. Nurses' Pain Assessment Practices for Cognitively Intact and Impaired Older Adults in Intensive Care Units. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2022;12(2):115-21. Doi: 10.1159/000525477
61. Alotni M, Guilhermino M, Duff J, Sim J. Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: An integrative review. *Australian Critical Care*. 2022. Doi: 10.1016/j.aucc.2022.09.002
62. Hamdan KM, Shaheen AM, Abdalrahim MS. Barriers and enablers of intensive care unit nurses' assessment and management of patients' pain. *Nurs Crit Care*. 2022;27(4):567-75. Doi: 10.1111/nicc.12624
63. Rababa M, Al-Sabbah S, Hayajneh AA, Al-Rawashdeh S. Critical care nurses' perceived barriers and enablers of pain assessment and management. *Pain Manag*. 2023;13(2):105-14. Doi: 10.2217/pmt-2022-0075
64. Barzanji A, Zareiyan A, Nezamzadeh M, Mazhari MS. Evaluation of Observational and Behavioural Pain Assessment Tools in Nonverbal Intubated Critically Adult Patients after Open - Heart Surgery: A Systematic Review. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(3):446-57. Doi: 10.3889/oamjms.2019.103
65. Coll AM, Jones R. Role of the nurse in the assessment and management of post-operative pain. *Nurs Stand*. 2020;35(4):53-8. Doi: 10.7748/ns.2020.e11530
66. Teshome ZB, Aychew Y, Mitiku W, Guta B. Level of attitude, knowledge and practice of nurses toward postoperative pain management, cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;84:104902. Doi: 10.1016/j.amsu.2022.104902
67. Niskala J, Kanste O, Tomietto M, Miettunen J, Tuomikoski AM, Kyngäs H, et al. Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(7):1498-508. Doi: 10.1111/jan.14342

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu reunir de forma descritiva as atividades desenvolvidas e as dificuldades sentidas ao longo dos diferentes contextos clínicos. Pela multiplicidade de situações proporcionadas nos EC, aliado a um espírito crítico-reflexivo sobre a prática de enfermagem especializada, foi promovido de forma ímpar o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do EEEMCPSC. Este processo constituiu um aspeto basilar para uma integração diferenciada de conhecimentos teóricos e práticos, o que possibilitou uma prestação de cuidados altamente qualificados, melhorando a capacidade de resposta e intervenções desenvolvidas à PSC e/ou família numa perspetiva holística.

A prestação de cuidados nos EC exigiu a mobilização de diversos conhecimentos e saberes, o que permitiu identificar dificuldades existentes, apelando ao desenvolvimento do autoconhecimento e à adoção de estratégias de adaptação na integração aos diferentes contextos clínicos (intra e extrahospitalar). Simultaneamente, nos EC foram identificadas oportunidades de melhoria na prestação de cuidados à PSC, o que possibilitou, através de evidência científica, a partilha e divulgação de conhecimentos, com o intuito de promover e facilitar as aprendizagens em contexto de trabalho.

Os cuidados de enfermagem desenvolvidos em cada contexto clínico foram orientados segundo os enunciados descritivos dos padrões de qualidade em EMCPSC, o que contribuiu para um melhor entendimento da intervenção especializada e diferenciada nesta área específica. Os contextos clínicos, pelas suas especificidades, promoveram uma visão alargada do campo de intervenção do EEEMCPSC, que contribuiu para um melhor entendimento da sua atuação, destacando-se o raciocínio clínico, liderança e tomada de decisão, características determinantes para a execução de uma resposta eficaz e atempada face à situação transicional que a PSC e/ou família experienciavam.

Transversalmente, foi possível, em todos os EC, integrar os referenciais teóricos de Meleis e Kolcaba na prestação de cuidados, através do desenvolvimento de intervenções que facilitaram a transição situacional saúde-doença e promoveram o conforto da PSC.

Pelo percurso formativo realizado, emergiu também a necessidade de melhorar o conhecimento sobre a avaliação e abordagem à pessoa com dor. Verificou-se, em todos os EC, que a dor era um fenómeno com elevada prevalência, constituindo-se como um dos principais focos de enfermagem na PSC. Este aspeto levou a um processo de melhoria do nível de conhecimento sobre esta temática, através da evidência científica recente e das práticas recomendadas no controlo da dor, considerando-se assim que se adquiriram competências para o alívio e gestão eficaz de dor.

De forma a dar relevo à prática baseada na evidência e no âmbito da aquisição de competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi exposto neste documento um artigo científico elaborado na sequência do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. O artigo enquanto instrumento permitirá aumentar a visibilidade da Enfermagem, visando a partilha dos conhecimentos adquiridos e dos resultados obtidos através do estudo desenvolvido num serviço de UCPA, cujo objetivo se centrou na melhoria da avaliação da dor na pessoa não comunicante. Verificou-se que a investigação em enfermagem, assim como a sua divulgação, é fundamental nos contextos de trabalho, de forma a promover a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados.

É reconhecida a importância que a relação supervisiva especializada assumiu ao longo do processo de aprendizagem clínico e académico, que em conjunto com as práticas reflexivas desenvolvidas, contribuiu para uma redefinição da identidade profissional.

Com o culminar deste percurso fica evidenciada a importância que a formação especializada em enfermagem assume no desenvolvimento e aquisição de competências profissionais e pessoais, dada a complexidade, rigor, urgência e eficácia que os cuidados à PSC e/ou família exigem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abelsson, A., & Lindwall, L. (2017). What is dignity in prehospital emergency care?. *Nursing ethics*, 24(3), 268–278. <https://doi.org/10.1177/0969733015595544>
- Achaliwie, F., Wakefield, A. B., & Mackintosh-Franklin, C. (2023). Does Education Improve Nurses' Knowledge, Attitudes, Skills, and Practice in Relation to Pain Management? An Integrative Review. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 24(3), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.12.002>
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *PAIN Reports*, 5(1), e803. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000803>
- Achury Saldaña, D. M., Achury Beltrán, L. F., Rodríguez Colmenares, S. M., Alvarado Romero, H. R., Cavallo, E., Ulloa, A. C., Merino, V., da Silva Barreto, M., Andrade Fonseca, D., Muñoz Acuña, D., Betancur Manrique, Y., Rodríguez Marín, J. E., González Gómez, A. A., Herrera Corpas, K., Andrade Méndez, B., Vargas Toloza, R. E., Martínez Rojas, S. M., & De Las Salas Martínez, R. P. (2022). Professional profile and work conditions of nurses working in intensive care units: A multicentre study. *Journal of clinical nursing*, 31(11-12), 1697–1708. <https://doi.org/10.1111/jocn.16026>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. RT 09/2013. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Ahmadi, S., Vojdani, P., & MortezaBagi, H. R. (2023). The study of nurses' knowledge and attitudes regarding pain management and control in emergency departments. *BMC emergency medicine*, 23(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00793-y>
- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Bany Hani, S. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e578–e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Al Omari, D., Alhabahbeh, A., Subih, M., & Aljabery, A. (2021). Pain management in the older adult: The relationship between nurses' knowledge, attitudes and nurses' practice in Ireland and Jordan. *Applied nursing research : ANR*, 57, 151388. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151388>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), pp. 373-382.
- Alizadeh Sharafi, R., Ghahramanian, A., Shekhalipour, Z., Ghafourifard, M., & Ghasempour, M. (2021). Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nursing in critical care*, 26(4), 244–252. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
- Alotni, M., Guilhermino, M., Duff, J., & Sim, J. (2022). Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: An integrative review. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, S1036-7314(22)00193-X. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.002>
- Asman, O., Slutsker, E., & Melnikov, S. (2019). Nurses' perceptions of pain management adequacy in mechanically ventilated patients. *Journal of clinical nursing*, 28(15-16), 2946–2952. <https://doi.org/10.1111/jocn.14896>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2023, março 4). *A Dor como 5.º Sinal Vital*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil (2021). *Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil – 2021*. http://www.prociv.pt/bk/Lists/Noticias/Attachments/478/PNEPC_2021_Consulta%20P%C3%BAblica.pdf
- Ayaz, N. P., & Sherman, D. W. (2022). Understanding Attitudes, Social Norms, and Behaviors of a Cohort of Post-Operative Nurses Related to Pain and Pain Management. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(5), 844. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050844>
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Globber, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Baker, O. G., Alamri, A. A., & Aboshaiqah, A. E. (2019). A descriptive study to analyse the disaster preparedness among Saudi nurses through self-regulation survey. *Journal of nursing management*, 27(7), 1479–1484. <https://doi.org/10.1111/jonm.12833>
- Balban, M. Y., Neri, E., Kogon, M. M., Weed, L., Nouriani, B., Jo, B., Holl, G., Zeitzer, J. M., Spiegel, D., & Huberman, A. D. (2023). Brief structured respiration practices enhance mood and reduce physiological arousal. *Cell Reports Medicine*, 4(1), 100895. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2022.100895>

- Barzanji, A., Zareiyan, A., Nezamzadeh, M., & Mazhari, M. S. (2019). Evaluation of Observational and Behavioural Pain Assessment Tools in Nonverbal Intubated Critically Adult Patients after Open - Heart Surgery: A Systematic Review. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(3), 446–457. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.103>
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Marina, C., Pereira, V., Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência. Série III n. 8*, p7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII1294>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência. Série III n.9*. 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto.
- Bergman, L., Pettersson, M., Chaboyer, W., Carlström, E., & Ringdal, M. (2020). Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>
- Blake, T., & Blake, T. (2019). Improving Therapeutic Communication in Nursing Through Simulation Exercise. *Teaching and Learning in Nursing*, 14(4), 260-264. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.06.003>
- Boltz, M., Resnick, B., Kuzmik, A., Mogle, J., Jones, J. R., Arendacs, R., BeLue, R., Cacchione, P., & Galvin, J. E. (2021). Pain Incidence, Treatment, and Associated Symptoms in Hospitalized Persons with Dementia. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(2), 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.08.002>
- Brazão, M. L., Nóbrega, S. Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Vol.23 n.º 3*. 8-14. https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.pdf
- Brown, L. H., Crowe, R. P., Pepe, P. E., Miller, M. L., Watanabe, B. L., Kordik, S. S., Wampler, D. A., Page, D. I., Fernandez, A. R., Bourn, S. S., & Myers, J. B. (2022). Adverse events following emergent prehospital sedation of patients with behavioral emergencies: A retrospective cohort study. *Lancet regional health. Americas*, 9, 100183. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100183>
- Brown, L., Siddiqui, S., McMullen, A., Waller, J., & Baer, S. (2020). Revisiting the "leading edge" of hospital privacy curtains in the medical intensive care unit. *American journal of infection control*, 48(7), 746–750. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.015>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., Kuiper, S. G., & de Jonge, E. (2015). A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 19(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0938-1>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC medical education*, 20(Suppl 2), 459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Carrara, B. S., Fernandes, R. H. H., Bobbili, S. J., & Ventura, C. A. A. (2021). Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *The International journal of social psychiatry*, 67(7), 840–853. <https://doi.org/10.1177/0020764020985891>
- Carvalho, R. (2003). Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores. Loures: Lusociência
- Cervo, C., & Hutz, C. (2017). Liderança autêntica: da concepção teórica às implicações práticas, uma discussão integrada. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte, D. Zapata, A. Traver, S. Gondim, G. Alberton, C. Cervo, C. Hutz, I. Campos, & E. Lousã, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 91-111). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Chanques, G., Payen, J. F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B., Cissé, M., Lefrant, J. Y., & Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35(12), 2060–2067. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1590-5>
- Chatchumni, M., Eriksson, H., & Mazaheri, M. (2022). Core components of an effective pain management education programme for surgical nurses: A Delphi study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 17(1), 2110672. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2110672>
- Chegini, Z., Arab-Zozani, M., Kakemam, E., Lotfi, M., Nobakht, A., & Aziz Karkan, H. (2022). Disaster preparedness and core competencies among emergency nurses: A cross-sectional study. *Nursing open*, 9(2), 1294–1302. <https://doi.org/10.1002/nop2.1172>

- Chiang, H. H., Ting, C. W., Chao, E., & Chen, K. J. (2020). Using tabletop exercises to evaluate nurses' clinical performance of hazardous materials disaster management: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 87, 104358. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104358>
- Coggins, A., Santos, A. L., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC emergency medicine*, 20(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>
- Coll, A. M., & Jones, R. (2020). Role of the nurse in the assessment and management of post-operative pain. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 35(4), 53–58. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11530>
- Cornett, J. A., & Kuziemy, C. (2018). Team based communication and the healthcare communication space. *Journal of health organization and management*, 32(6), 825–840. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2017-0189>
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*, 7-17. <https://doi.org/10.12707/RIII1382>
- Decreto-Lei n.º 81-A/2019 da Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: I série, n.º 114/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/81-a-2019-122592101?ts=1648771200044>
- 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, 11. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0281-3>
- Derry, H. M., Epstein, A. S., Lichtenthal, W. G., & Prigerson, H. G. (2019). Emotions in the room: common emotional reactions to discussions of poor prognosis and tools to address them. *Expert review of anticancer therapy*, 19(8), 689–696. <https://doi.org/10.1080/14737140.2019.1651648>
- Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014). Diário da República: II série, n.º 153/2014. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- Despacho n.º 1057/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Diário da República n.º 22/2015, Série II de 2015-02-02, páginas 3039 – 3039. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1057-2015-66396673>
- Despacho n.º 4163/2019 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (2019). Diário da República II série, n.º 75/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/4163-2019-122109203>
- Despacho n.º 8925/2020 sob proposta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Diário da República. II série, n.º 182/2020. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8925-2020-143067445>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2003, junho 14). *Circular N.º 09/DGCG. A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2008, junho 18). *Circular Normativa N.º 11/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Controlo da Dor*. [https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa Controlo da Dor.pdf](https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa%20controlo_da_dor.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoIISegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013a). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013b, outubro 2013). *Norma N.º 029/2012. Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015, abril 27). *Norma N.º 018/2014. Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017a, junho). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor - 2017.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa%20Nacional%20para%20a%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20da%20Dor%20-2017.pdf)

- Direção-Geral da Saúde (2017b, fevereiro 8). *Norma N.º 001/2017. 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 (2017c, dezembro). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017.* <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-902833-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAAAAABAArSzltzVUy81MsTU1MDAFaHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde (2017d, maio 22). *Programa Prevenção da Transmissão de Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos – Recomendação PPCIRA.* <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2018, janeiro 9). *Norma N.º 002/2018 “Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata”.* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022a, novembro 17). *Norma N.º 021/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_assoc_intubacao_co_rrigida_marco_2023.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2022b, agosto 29). *Norma N.º 019/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2022c, junho 23). *Norma N.º 019/2020. COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2.* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192020-de-26102020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2022d, agosto 29). *Norma N.º 022/2015 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Vascular Central.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Domagala, S. E., & Vets, J. (2015). Emergency Nursing Triage: Keeping It Safe. *Journal of emergency nursing*, 41(4), 313–316. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.022>
- Donaldson A. E. (2022). Forensic professional's thoughts on New Zealand emergency nurse's forensic science knowledge and practice. *International emergency nursing*, 62, 101151. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101151>
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., Lipshutz, A., & University of California, San Francisco Critical Care Innovations Group (2018). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Critical care medicine*, 46(6), 980–990. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003067>
- Ecomed. (2023, May, 15). *Antimicrobiano retardador de chama, económico e 100% reciclável.* <https://pt.ecomedcurtains.com/>
- Elsevier (2023, June 29). *Emergency Secondary Assessment.* <https://elsevier.health/en-US/preview/emergency-secondary-assessment>
- Emergency Nurses Association (2019). *Trauma Nursing Process.* <https://www.resusmed.com/wp-content/uploads/2021/12/TNP-Reference.pdf>
- Erdem, I., Yıldırım, I., Safak, B., Karaali, R., Erdal, B., Ardic, E., Dogan, M., Kardan, M. E., Kavak, C., Sahin Karadil, K., Yildiz, E., Topcu, B., Kiraz, N., & Arar, C. (2022). A 5-year surveillance of healthcare-associated infections in a university hospital: A retrospective analysis. *SAGE open medicine*, 10, 20503121221091789. <https://doi.org/10.1177/20503121221091789>
- Evans, C. A., & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. *Nursing education perspectives*, 40(1), 62–64. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000308>
- Fernández-Castro, M., Martín-Gil, B., López, M., Jiménez, J. M., Liébana-Presa, C., & Fernández-Martínez, E. (2021). Factors Relating to Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in Inpatients. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(4), 478–484. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.12.012>

- Ferri, P., Gambaretto, C., Alberti, S., Parogni, P., Rovesti, S., Di Lorenzo, R., Sollami, A., & Bargellini, A. (2022). Pain Management in a Prehospital Emergency Setting: A Retrospective Observational Study. *Journal of pain research*, 15, 3433–3445. <https://doi.org/10.2147/JPR.S376586>
- Figueiredo, A., Potra, T., Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Âmbitos. Revista Internacional De Comunicación*, (49), 32–48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Fisher, J. (1999). The work of stabilization in trauma treatment. Trauma Center Lecture Series, Boston, Massachusetts. https://www.complexttrauma.uk/uploads/2/3/9/4/23949705/the_work_on_stabilization_in_trauma_work.pdf
- Fortin, M. F. (2009). O processo da investigação: da concepção à realização (5ª ed.) Lusociência.
- Fragata, J. I. G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Tematico*(10), 17-26. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-X0870902510898559>
- Franco, H., Caldeira, S., & Nunes, L. (2021). Dignity in nursing: A synthesis review of concept analysis studies. *Nursing ethics*, 28(5), 734–749. <https://doi.org/10.1177/0969733020961822>
- Friesgaard, K. D., Vist, G. E., Hyldmo, P. K., Raatinemi, L., Kurola, J., Larsen, R., Kongstad, P., Magnusson, V., Sandberg, M., Rehn, M., & Rognås, L. (2022). Opioids for Treatment of Pre-hospital Acute Pain: A Systematic Review. *Pain and therapy*, 11(1), 17–36. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00346-w>
- Fukada M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago acta medica*, 61(1), 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Gausche-Hill, M., Brown, K. M., Oliver, Z. J., Sasson, C., Dayan, P. S., Eschmann, N. M., Weik, T. S., Lawner, B. J., Sahni, R., Falck-Ytter, Y., Wright, J. L., Todd, K., & Lang, E. S. (2014). An Evidence-based Guideline for prehospital analgesia in trauma. *Prehospital emergency care*, 18 Suppl 1, 25–34. <https://doi.org/10.3109/10903127.2013.844873>
- Gélinas, C., Joffe, A. M., Szumita, P. M., Payen, J. F., Bérubé, M., Shahiri T, S., Boitor, M., Chanques, G., & Puntillo, K. A. (2019). A Psychometric Analysis Update of Behavioral Pain Assessment Tools for Noncommunicative, Critically Ill Adults. *AACN advanced critical care*, 30(4), 365–387. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019952>
- Gilron, I., Vandekerckhof, E., Katz, J., Kehlet, H., & Carley, M. (2017). Evaluating the Association Between Acute and Chronic Pain After Surgery: Impact of Pain Measurement Methods. *The Clinical journal of pain*, 33(7), 588–594. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000443>
- Glare, P., Aubrey, K. R., & Myles, P. S. (2019). Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet (London, England)*, 393(10180), 1537–1546. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30352-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30352-6)
- Gomes, A. R., (2023). *Intervenção psicológica em crise: respostas psicossociais precoces a vítimas de acidentes de viação* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/11663>
- Grover, E., Porter, J. E., & Morphet, J. (2017). An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian emergency nursing journal : AENJ*, 20(2), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.01.003>
- Guibert-Lacasa, C., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. *Journal of nursing management*, 30(4), 913–925. <https://doi.org/10.1111/jonm.13570>
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M. L., Marzilli, C., & Liu, Y. (2020). Factors Related to the Clinical Competence of Registered Nurses: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(6), 623–633. <https://doi.org/10.1111/jnu.12594>
- Hamdan K. M. (2019). Nurses' Assessment Practices of Pain Among Critically Ill Patients. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(5), 489–496. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.04.003>
- Hamdan, K. M., Shaheen, A. M., & Abdalrahim, M. S. (2022). Barriers and enablers of intensive care unit nurses' assessment and management of patients' pain. *Nursing in critical care*, 27(4), 567–575. <https://doi.org/10.1111/nicc.12624>

- Hammoud, S., Amer, F., & Kocsis, B. (2022). Examining the effect of infection prevention and control awareness among nurses on patient and family education: A cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, 24(1), 140–151. <https://doi.org/10.1111/nhs.12905>
- Hashemi, F., Mazlom, S. R., Vaghee, S., & Bagheri-Moghaddam, A. (2020). Effect of Using SPIKES Protocol for Delivering Death News to Patient Family Members on Their Anxiety Symptoms. *Evidence Based Care*, 10(2), 74-79. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2020.45991.2258>
- Hearns S. (2018). Checklists in emergency medicine. *Emergency medicine journal : EMJ*, 35(9), 530–531. <https://doi.org/10.1136/emered-2018-207782>
- Heavner, M. S., Gorman, E. F., Linn, D. D., Yeung, S. Y. A., & Miano, T. A. (2022). Systematic review and meta-analysis of the correlation between bispectral index (BIS) and clinical sedation scales: Toward defining the role of BIS in critically ill patients. *Pharmacotherapy*, 42(8), 667–676. <https://doi.org/10.1002/phar.2712>
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Pelosi-Kelly, J., Wild, L., & American Society for Pain Management Nursing (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(2), 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.02.003>
- Holland, M., & Kellett, J. (2023). The United Kingdom's National Early Warning Score: should everyone use it? A narrative review. *Internal and emergency medicine*, 18(2), 573–583. <https://doi.org/10.1007/s11739-022-03189-1>
- Hopper, S. I., Murray, S. L., Ferrara, L. R., & Singleton, J. K. (2019). Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: a quantitative systematic review. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 17(9), 1855–1876. <https://doi.org/10.11124/JBISRIIR-2017-003848>
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC health services research*, 21(1), 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- Iattoni, M., Ormazabal, M., Luvini, G., & Uccella, L. (2022). Effect of Structured Briefing Prior to Patient Arrival on Interprofessional Communication and Collaboration in the Trauma Team. *Open access emergency medicine : OAEM*, 14, 385–393. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S373044>
- Imbriaco, G., Rondelli, R., Maroni, F., Mazzolani, S., Sasso, S., Sebastiani, S., & Samolsky Dekel, B. G. (2021). Nurse-Administered Analgesic Treatment in Italian Emergency Medical Services: A Nationwide Survey. *Journal of pain research*, 14, 1827–1835. <https://doi.org/10.2147/JPR.S303998>
- Innab, A., Alammar, K., Alqahtani, N., Aldawood, F., Kerari, A., & Alenezi, A. (2022). The impact of a 12-hour educational program on nurses' knowledge and attitudes regarding pain management: a quasi-experimental study. *BMC nursing*, 21(1), 250. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01028-4>
- Innocenti, F., & Stefanone, V. T. (2021). Errare humanum est, not using the checklist diabolicum. *Internal and emergency medicine*, 16(8), 2227–2229. <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02789-7>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2017, junho). *Situação de Exceção - Manual TAS*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020a, novembro 11). *Plano Estratégico 2020-2022*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2020b, janeiro 16). *INEM renova e completa equipa de Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos*. <https://www.inem.pt/2020/01/16/inem-renova-e-completa-equipa-de-comissao-de-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2021a, outubro 20). *INEM lança formação online destinada ao SIEM sobre o iTEAMS*. <https://www.inem.pt/2021/10/20/inem-lanca-formacao-online-destinada-ao-siem-sobre-o-iteams/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2021b, fevereiro). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2021c, setembro). *ERC Guidelines 2021 – Recomendações para as Equipas Pré-Hospitalares*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/ERC-Guidelines-Recomendacoes.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023a, maio). *Relatório de atividade do CODU 2022*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2023/05/Relatorio-CODU-2022-VF2022.pdf>

- Instituto Nacional de Emergência Médica (2023b). *CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise*. <https://www.inem.pt/category/servicos/centro-de-apoio-psicologico-e-intervencao-em-crise/>
- International Association for the Study of Pain (2015, September 15). *Access to Pain Management: Declaration of Montreal*. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>
- International Association for the Study of Pain (2020, July 16). *Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- International Association for the Study of Pain (2021, July 9). *Prevention of Pain in Vulnerable Populations*. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/prevention-of-pain-in-vulnerable-populations/>
- Isaksson, S., Schwarz, A., Rusner, M., Nordström, S., & Källman, U. (2022). Monitoring Preventable Adverse Events and Near Misses: Number and Type Identified Differ Depending on Method Used. *Journal of patient safety*, 18(4), 325–330. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000921>
- James, A. H., Bennett, C. L., Blanchard, D., & Stanley, D. (2021). Nursing and values-based leadership: A literature review. *Journal of nursing management*, 29(5), 916–930. <https://doi.org/10.1111/jonm.13273>
- Johnson, C., Badowski, D. M., & Quandt, R. (2023). An Unfolding Tabletop Simulation Training Exercise on Disaster Planning for Nursing Students. *Nurse educator*, 48(1), E21–E24. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001241>
- Joint Commission International (2021). *Accreditation Standards for Hospitals*. 7th Ed. https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-errata-standards-only_7th-ed-hospital.pdf
- Jonsdottir, T., & Gunnarsson, E. C. (2021). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(3), 281–292. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.002>
- Kadović, M., Čorluka, S., & Dokuzović, S. (2023). Nurses' Assessments Versus Patients' Self-Assessments of Postoperative Pain: Knowledge and Skills of Nurses for Effective Pain Management. *International journal of environmental research and public health*, 20(9), 5678. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095678>
- Kelly, F. E., Bailey, C. R., Aldridge, P., Brennan, P. A., Hardy, R. P., Henrys, P., Hussain, A., Jenkins, M., Lang, A., McGuire, N., McNarry, A., Osborn, M., Pittilla, L., Ralph, M., Sarkar, S., & Taft, D. (2021). Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: for use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the Intensive Care Society. *Anaesthesia*, 76(10), 1377–1391. <https://doi.org/10.1111/anae.15511>
- Kerslake, I., & Kelly, F. (2017). Uses of capnography in the critical care unit. *BJA Education*, 17(5), 178–183. <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkw062>
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide. *Annals of emergency medicine*, 65(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Keyworth, C., Epton, T., Goldthorpe, J., Calam, R., & Armitage, C. J. (2020). Delivering Opportunistic Behavior Change Interventions: a Systematic Review of Systematic Reviews. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 21(3), 319–331. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01087-6>
- Kiss, T., Bölke, A., & Spieth, P. M. (2017). Interhospital transfer of critically ill patients. *Minerva anesthesiologica*, 83(10), 1101–1108. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.17.11857-2>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Knoche, B. B., Busche, C., Grodd, M., Busch, H. J., & Lienkamp, S. S. (2021). A simulation-based pilot study of crisis checklists in the emergency department. *Internal and emergency medicine*, 16(8), 2269–2276. <https://doi.org/10.1007/s11739-021-02670-7>
- Kolcaba K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Kuzovlev, A., Monsieurs, K. G., Gilfoyle, E., Finn, J., Greif, R., & Education Implementation and Teams Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation (2021). The effect of team and leadership training of advanced life support providers on patient outcomes: A systematic review. *Resuscitation*, 160, 126–139. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.01.020>

- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 14(3), 181–234. <https://doi.org/10.11124/JBISRR-2016-2477>
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A., Leocadio, M. C., Cayaban, A. R., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International nursing review*, 65(1), 41–53. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Larsen, M. H., Johannessen, G. I., & Heggdal, K. (2022). Nursing interventions to cover patients' basic needs in the intensive care context - A systematic review. *Nursing open*, 9(1), 122–139. <https://doi.org/10.1002/nop2.1110>
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Les Ed. d'Organisation. <https://books.google.pt/books?id=ZYHEAAAACAAJ>
- Lee, C. T., & Doran, D. M. (2017). The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: A Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 49(2), 75–93. <https://doi.org/10.1177/0844562117699349>
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *International journal of environmental research and public health*, 16(23), 4655. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Lindbeck, G., Shah, M. I., Braithwaite, S., Powell, J. R., Panchal, A. R., Browne, L. R., Lang, E. S., Burton, B., Coughenour, J., Crowe, R. P., Degn, H., Hedges, M., Gasper, J., Guild, K., Mattera, C., Nasca, S., Taillac, P., & Warth, M. (2023). Evidence-Based Guidelines for Prehospital Pain Management: Recommendations. *Prehospital emergency care*, 27(2), 144–153. <https://doi.org/10.1080/10903127.2021.2018073>
- Löfqvist, E., Oskarsson, Å., Brändström, H., Vuorio, A., & Haney, M. (2017). Evacuation Preparedness in the Event of Fire in Intensive Care Units in Sweden: More is Needed. *Prehospital and disaster medicine*, 32(3), 317–320. <https://doi.org/10.1017/S1049023X17000152>
- Long, E. M., & Gummelt, G. (2020). Experiential Service Learning: Building skills and sensitivity with Kolb's learning theory. *Gerontology & geriatrics education*, 41(2), 219–232. <https://doi.org/10.1080/02701960.2019.1673386>
- Lopes, A., Seligman Menezes, M., & Antonio Moreira de Barros, G. (2021). Chronic postoperative pain: ubiquitous and scarcely appraised: narrative review. *Brazilian journal of anesthesiology (Elsevier)*, 71(6), 649–655. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.10.014>
- Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International journal of nursing studies*, 94, 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
- Luk, S., Chow, V. C. Y., Yu, K. C. H., Hsu, E. K., Tsang, N. C., Chuang, V. W. M., Lai, C. K. C., Hui, M., Lee, R. A., Lai, W. M., Que, T. L., Fung, S. C., To, W. K., Cheng, V. C. C., & Wong, A. T. Y. (2019). Effectiveness of antimicrobial hospital curtains on reducing bacterial contamination-A multicenter study. *Infection control and hospital epidemiology*, 40(2), 164–170. <https://doi.org/10.1017/ice.2018.315>
- Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2(01), 19–30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>
- Macrae C. (2016). The problem with incident reporting. *BMJ quality & safety*, 25(2), 71–75. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732>
- Maghsoud, F., Rezaei, M., Asgarian, F. S., & Rassouli, M. (2022). Workload and quality of nursing care: the mediating role of implicit rationing of nursing care, job satisfaction and emotional exhaustion by using structural equations modeling approach. *BMC nursing*, 21(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01055-1>
- Mansel, B., & Einion, A. (2019). 'It's the relationship you develop with them': emotional intelligence in nurse leadership. A qualitative study. *British journal of nursing*, 28(21), 1400–1408. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.21.1400>
- Marques, F. M., Pinheiro, M. J., & Alves, P. V. (2021). The Nursing Student in Clinical Learning: Qualitative Study of the Decision Making Typology. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 121–129. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129>
- McCabe, C., Feeney, A., Basa, M., Eustace-Cook, J., & McCann, M. (2023). Nurses knowledge, attitudes and education needs towards acute pain management in hospital settings: A meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 32(15-16), 4325–4336. <https://doi.org/10.1111/jocn.16612>

- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 30(6), 540–557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mezidi, M., & Richard, J.C. (2018). Advances in monitoring expired CO₂ in critically ill patients. *ICU Management & Practice*, 18 [4], 271-274. https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu-v18-i4-mehdi-mezidi-jean-christophe-richard-advances-in-monitoring-expiered-co2-in-critically-ill-patients.pdf
- Milton, J., Erichsen Andersson, A., Åberg, N. D., Gillespie, B. M., & Oxelmark, L. (2022). Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 30(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13049-022-01034-0>
- Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento. (2003). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Mitello, L., Marucci, A. R., Salvatore, S., Sii Onesto, A., Baglio, G., & Latina, R. (2021). Predictors of nurses' attitudes and knowledge towards pain management in Italy. A cross-sectional study in the hospital settings. *Applied nursing research: ANR*, 62, 151512. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151512>
- Montoro-Lorite, M., Risco, E., Canalias-Reverter, M., Rodríguez-Murillo, J. A., García-Pascual, M., & Zabalegui, A. (2020). Integrated Management of Pain in Advanced Dementia. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(4), 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.12.004>
- Morris, J. L., Bernard, F., Bérubé, M., Dubé, J. N., Houle, J., Laporta, D., Morin, S. N., Perreault, M., Williamson, D., & Gélinas, C. (2021). Determinants of pain assessment documentation in intensive care units. Déterminants de la documentation de l'évaluation de la douleur dans les unités de soins intensifs. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 68(8), 1176–1184. <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02022-1>
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., Rocha, A. R., Rodrigues, Ângelo, 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, and Health*, 2(5e), 269–279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Muñoz-Narbona, L., Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, T., Juvé-Udina, E., Llorca, M. B., & Cabrera-Jaime, S. (2019). Impact of a Training Intervention on the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale in Noncommunicative Inpatients. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(5), 468–474. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.01.007>
- Murata, M., Nakagawa, N., Kawasaki, T., Yasuo, S., Yoshida, T., Ando, K., Okamori, S., & Okada, Y. (2022). Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *The American journal of emergency medicine*, 52, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.021>
- Murphy, J. P., Kurland, L., Rådestad, M., Magnusson, S., Ringqvist, T., & Rüter, A. (2021). Emergency department registered nurses overestimate their disaster competency: A cross-sectional study. *International emergency nursing*, 58, 101019. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101019>
- 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>
- Nassar, B. S., & Schmidt, G. A. (2022). Capnography for Monitoring of the Critically Ill Patient. *Clinics in chest medicine*, 43(3), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2022.04.002>
- Natavio, T., McQuillen, E., Dietrich, M. S., Wells, N., Rhoten, B. A., Vallerand, A. H., & Monroe, T. B. (2020). A Comparison of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(6), 502–509. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.04.001>
- Newell, C., Grier, S., & Soar, J. (2018). Airway and ventilation management during cardiopulmonary resuscitation and after successful resuscitation. *Critical care (London, England)*, 22(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2121-y>

- Nies, R. J., Müller, C., Pfister, R., Binder, P. S., Nosseir, N., Nettersheim, F. S., Kuhr, K., Wiesen, M., Kochanek, M., & Michels, G. (2018). Monitoring of sedation depth in intensive care unit by therapeutic drug monitoring? A prospective observation study of medical intensive care patients. *Journal of intensive care*, 6, 62. <https://doi.org/10.1186/s40560-018-0331-7>
- Niskala, J., Kanste, O., Tomietto, M., Miettunen, J., Tuomikoski, A. M., Kyngäs, H., & Mikkonen, K. (2020). Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 76(7), 1498–1508. <https://doi.org/10.1111/jan.14342>
- 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>
- Norelli, S. K., Long, A., & Krepps, J. M. (2022, august 29). *Relaxation Techniques*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513238/>
- Northouse, P. G. (2022). *Leadership : theory and practice* (9th ed). SAGE.
- Nunes, L. (2013). *Competências morais dos profissionais de enfermagem: "cinco estrelas" revisitadas [Comunicação]*. VIII Encontro Enfermagem, Centro Hospitalar Leiria-Pombal, Leiria, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/4804>
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59 (2), 7–17. <https://doi.org/10.48492/servir0259.23090>
- Obenza, A., Cruz, P., Buttner, M., & Woodard, D. (2022). Microbial contamination on ambulance surfaces: a systematic literature review. *The Journal of hospital infection*, 122, 44–59. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.12.020>
- Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P., Davidoff, F., & Stevens, D. (2016). SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ quality & safety*, 25(12), 986–992. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
- Oliveira, L. M. N., Queirós, P. J. P., & Castro, F. V. (2015). A competência profissional dos enfermeiros. Um estudo em hospitais portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 143-158. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.331>
- O'Neill, A., & Lirk, P. (2022). Multimodal Analgesia. *Anesthesiology clinics*, 40(3), 455–468. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2022.04.002>
- Ordem dos Enfermeiros (2001a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001b). *Parecer CJ/20 – 2001 Sobre: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. Enunciados de Posição*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática. Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. Ed. Ordem dos Enfermeiros. Junho de 2008*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Parecer CJ 225/2014. Enunciado de Posição: Recusa de Cuidados*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_225_2014_Enuncia do_Posicao_Recusa_de_Cuidados_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_225_2014_Enuncia_do_Posicao_Recusa_de_Cuidados_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.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 (2018). *Parecer n.º 15/2018. Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidade de Cuidados Intensivos/Serviços de Medicina Intensiva*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ortiz, M. I., Cuevas-Suárez, C. E., Cariño-Cortés, R., Navarrete-Hernández, J. J., & González-Montiel, C. A. (2022). Nurses knowledge and attitude regarding pain: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education in practice*, 63, 103390. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103390>
- Pan, N., Luo, Y. Y., & Duan, Q. X. (2022). The Influence of PDCA Cycle Management Mode on the Enthusiasm, Efficiency, and Teamwork Ability of Nurses. *BioMed research international*, 2022, 9352735. <https://doi.org/10.1155/2022/9352735>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/4/2088>
- Paxton, J. H., & O'Neil, B. J. (2022). CPR capnography: It's not where you've been, but where you're going. *Resuscitation*, 181, 121–122. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2022.10.017>
- Perkins, G. D., Graesner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., Van de Voorde, P., Madar, J., Zideman, D., Mentzelopoulos, S., Bossaert, L., Greif, R., Monsieurs, K., Svavarsdóttir, H., Nolan, J. P., & European Resuscitation Council Guideline Collaborators (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta
- Pinheiro, A. R. P. 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. Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 31(4), 571–581. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>
- Pirneskoski, J., Kuisma, M., Olkkola, K. T., & Nurmi, J. (2019). Prehospital National Early Warning Score predicts early mortality. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 63(5), 676–683. <https://doi.org/10.1111/aas.13310>
- Pogatzki-Zahn, E. M., Segelcke, D., & Schug, S. A. (2017). Postoperative pain-from mechanisms to treatment. *Pain reports*, 2(2), e588. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000588>
- Proc, J. L., Jordan, H., & Docherty, A. B. (2020). Perioperative care of people with dementia. *British journal of hospital medicine (London, England : 2005)*, 81(2), 1–9. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.0345>
- Rababa, M., & Al-Rawashdeh, S. (2021). Critical care nurses' critical thinking and decision making related to pain management. *Intensive & critical care nursing*, 63, 103000. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103000>
- Rababa, M., & Al-Sabbah, S. (2022). Nurses' Pain Assessment Practices for Cognitively Intact and Impaired Older Adults in Intensive Care Units. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 12(2), 115–121. <https://doi.org/10.1159/000525477>
- 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>
- Rababa, M., Al-Sabbah, S., Hayajneh, A. A., & Al-Rawashdeh, S. (2023). Critical care nurses' perceived barriers and enablers of pain assessment and management. *Pain management*, 13(2), 105–114. <https://doi.org/10.2217/pmt-2022-0075>
- Rackley C. R. (2020). Monitoring During Mechanical Ventilation. *Respiratory care*, 65(6), 832–846. <https://doi.org/10.4187/respcare.07812>
- Racy, S., Davidson, P. M., Peeler, A., Hager, D. N., Street, L., & Koirala, B. (2021). A review of inpatient nursing workload measures. *Journal of Clinical Nursing*, 30(13-14), 1799-1809. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15676>
- Rahman, M. A., Hanna, J., Zein, B. E., & Badr, L. K. (2022). A Nonrandomized Pretest Posttest Study on the Impact of an Educational Pain Management Program on Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain in a Middle Eastern Country. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(3), 324–329. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.07.003>

- Raj C. T. (2022). The effectiveness of mental health disorder stigma-reducing interventions in the healthcare setting: An integrative review. *Archives of psychiatric nursing*, 39, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.03.005>
- Reblora, J. M., Lopez, V., & Goh, Y. S. (2020). Experiences of nurses working in a triage area: An integrative review. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(6), 567–575. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.005>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. 2ª Série, n.º 26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República. 2ª Série, n.º 135, 19359-19364. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato de enfermeiro. Diário da República. 2ª Série, n.º 131, 179-182. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Riffel, T., & Chen, S. P. (2020). Stigma in Healthcare? Exploring the Knowledge, Attitudes, and Behavioural Responses of Healthcare Professionals and Students toward Individuals with Mental Illnesses. *The Psychiatric quarterly*, 91(4), 1103–1119. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09809-3>
- Rodrigues, M., Gaspar, F., & Lucas, P. (2022). A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Contexto Hospitalar: Revisão Scoping . *New Trends in Qualitative Research*, 13, e650. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e650>
- Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S. F., & Illing, J. (2021). Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: a rapid evidence review. *BMJ Open*, 11(9), e052929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929>
- Russotto, V., & Cook, T. M. (2021). Capnography use in the critical care setting: why do clinicians fail to implement this safety measure?. *British journal of anaesthesia*, 127(5), 661–664. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.08.010>
- Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 2013, 26(1), pp. 87-114. <https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/download/2985/2405/6980>
- Sahebi, A., Jahangiri, K., Alibabaei, A., & Khorasani-Zavareh, D. (2021). Factors Influencing Hospital Emergency Evacuation during Fire: A Systematic Literature Review. *International journal of preventive medicine*, 12, 147. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_653_20
- Saleem, Z., Godman, B., Hassali, M. A., Hashmi, F. K., Azhar, F., & Rehman, I. U. (2019). Point prevalence surveys of health-care-associated infections: a systematic review. *Pathogens and global health*, 113(4), 191–205. <https://doi.org/10.1080/20477724.2019.1632070>
- Santana-Padilla, Y. G., Santana-Cabrera, L., Bernat-Adell, M. D., Linares-Pérez, T., Alemán-González, J., & Acosta-Rodríguez, R. F. (2019). Training needs detected by nurses in an intensive care unit: a phenomenological study. Necesidades de formación detectadas por enfermeras de una unidad de cuidados intensivos: un estudio fenomenológico. *Enfermería intensiva*, 30(4), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.05.001>
- Schaps, D., Joiner, A. P., & Anderson, D. J. (2022). Medical transport-associated infection: Review and commentary making a case for its legitimacy. *Infection control and hospital epidemiology*, 43(4), 497–503. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.1354>
- Schoeber, N. H. C., Linders, M., Binkhorst, M., De Boode, W. P., Draaisma, J. M. T., Morsink, M., Nusmeier, A., Pas, M., van Riessen, C., Turner, N. M., Verhage, R., Fluit, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2022). Healthcare professionals' knowledge of the systematic ABCDE approach: a cross-sectional study. *BMC emergency medicine*, 22(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00753-y>
- Schug, S. A., Lavand'homme, P., Barke, A., Korwisi, B., Rief, W., Treede, R. D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain*, 160(1), 45–52. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001413>
- Sequeira, C. (2020). Técnicas e Competências de Comunicação. In C. Sequeira & F. Sampaio (2020): *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lidel
- Serra, C. M., Pires, D., Faria, J., Pereira, M., Ângelo, R. P., Guerreiro, V. O., (2015). *Intervenção Psicológica em Crise e Catástrofe* (1ª ed.). Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/intervencao_psicologica_em_crise_e_catastrofe.pdf

- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, nº16, pp. 3 – 13. <http://hdl.handle.net/10400.26/9208>
- Shodari, A. F., Almaghrabi, . M. A., Basindwah, . S. A., Alhazmi, . B. F. & Fallatah, . S. M. (2021) Techniques and tools used in trauma patients transfer: a review. *Saudi Journal of Emergency Medicine*, 2 (1), 85-91. <https://doi.org/10.24911/SJEMed/72-1598298728>
- Silva, J. O. M., Santos, L. F. S., Dos Santos, S. M., da Silva, D. P., Santos, V. S., & de Melo, C. M. (2020). Preservation of Forensic Evidence by Nurses in a Prehospital Emergency Care Service in Brazil. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 27(1), 58–62. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000483>
- Silva, M. P., Silva, M. de F., Wang, Z. L., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). Satisfação profissional e a qualidade dos cuidados de enfermagem – uma revisão integrativa. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 363-385. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11393>
- Silva, M. T. M. da C. (2017). *Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - melhoria da qualidade* [Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior De Enfermagem Do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- Slatyer, S., Myers, H., & Kelly, M. A. (2022). Understanding Nurse Characteristics that Influence Assessment and Intention to Treat Pain in Postoperative Patients: An Integrative Literature Review. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(5), 663–671. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.003>
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, 161, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Soares, C. (2021). *Formação de estudantes em ensino clínico: intervenção supervisiva do tutor* [Dissertação de Doutoramento em Educação, Ramo Supervisão e Avaliação, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/30568>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>
- Soster, C. B., Anschau, F., Rodrigues, N. H., Silva, L., & Klafke, A. (2022). Advanced triage protocols in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise. *Revista latino-americana de enfermagem*, 30, e3511. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511>
- Speroni, K. G., Fisher, J., Dennis, M., & Daniel, M. (2013). What causes near-misses and how are they mitigated?. *Nursing*, 43(4), 19–24. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000427995.92553.ef>
- Spoelder, E. J., Slagt, C., Scheffer, G. J., & van Geffen, G. J. (2022). Transport of the patient with trauma: a narrative review. *Anaesthesia*, 77(11), 1281–1287. <https://doi.org/10.1111/anae.15812>
- Stievano, A., Mynttinen, M., Rocco, G., & Kangasniemi, M. (2022). Public health nurses' professional dignity: An interview study in Finland. *Nursing ethics*, 29(6), 1503–1517. <https://doi.org/10.1177/09697330221107143>
- Sundler, A. J., Blomberg, K., Bisholt, B., Eklund, A., Windahl, J., & Larsson, M. (2019). Experiences of supervision during clinical education among specialised nursing students in Sweden: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 79, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.009>
- Tam, H. L., Chung, S. F., & Lou, C. K. (2018). A review of triage accuracy and future direction. *BMC emergency medicine*, 18(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- Tamher, S. D., Rachmawaty, R., & Erika, K. A. (2021). The effectiveness of Plan Do Check Act (PDCA) method implementation in improving nursing care quality: A systematic review. *Enfermería Clínica*, 31, S627-S631. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.07.006>
- Teshome, Z. B., Aychew, Y., Mitiku, W., & Guta, B. (2022). Level of attitude, knowledge and practice of nurses toward postoperative pain management, cross-sectional study. *Annals of medicine and surgery* (2012), 84, 104902. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104902>
- Toews, A. J., Martin, D. E., & Chernomas, W. M. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 30(11-12), 1491–1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.15636>
- Torani, S., Majd, P. M., Maroufi, S. S., Dowlati, M., & Sheikhi, R. A. (2019). The importance of education on disasters and emergencies: A review article. *Journal of education and health promotion*, 8, 85. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_262_18

- Toren, O., Lipschuetz, M., Lehmann, A., Regev, G., & Arad, D. (2022). Improving Patient Safety in General Hospitals Using Structured Handoffs: Outcomes From a National Project. *Frontiers in public health*, *10*, 777678. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777678>
- Tsai, Y. I., Browne, G., & Inder, K. J. (2022). Documented nursing practices of pain assessment and management when communicating about pain in dementia care. *Journal of advanced nursing*, *78*(10), 3174–3186. <https://doi.org/10.1111/jan.15251>
- Van Spall, H., Kassam, A., & Tollefson, T. T. (2015). Near-misses are an opportunity to improve patient safety: adapting strategies of high reliability organizations to healthcare. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, *23*(4), 292–296. <https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000177>
- Vanhanen, M., Meriläinen, M. H., Ala-Kokko, T., Kyngäs, H., & Kaakinen, P. (2023). Family members' perceptions of counselling during visits to loved ones in an adult ICU. *Nursing open*, *10*(7), 4859–4867. <https://doi.org/10.1002/nop2.1738>
- Verde, B. C. C. (2013). *Contributo para a Implementação do Método por Enfermeiro de Referência* [Dissertação de Mestrado, Gestão em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16189>
- Vikke, H. S., Giebner, M., & Kolmos, H. J. (2018). Prehospital infection control and prevention in Denmark: a cross-sectional study on guideline adherence and microbial contamination of surfaces. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, *26*(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0541-y>
- Warden, V., Hurley, A. C., & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, *4*(1), 9–15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D.D (1967). *Pragmática da Comunicação Humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. Cultrix
- Widsten, P., Salo, S., Niemelä, K., Helin, H., Salonen, M., & Alakomi, H. L. (2023). Tannin-Based Microbicidal Coatings for Hospital Privacy Curtains. *Journal of functional biomaterials*, *14*(4), 187. <https://doi.org/10.3390/jfb14040187>
- Wijnen-Meijer, M., Brandhuber, T., Schneider, A., & Berberat, P. O. (2022). Implementing Kolb's Experiential Learning Cycle by Linking Real Experience, Case-Based Discussion and Simulation. *Journal of medical education and curricular development*, *9*, 23821205221091511. <https://doi.org/10.1177/23821205221091511>
- Williams, B. (2022). The National Early Warning Score: from concept to NHS implementation. *Clinical medicine (London, England)*, *22*(6), 499–505. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-news-concept>
- Williams, P., Karuppiyah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2020). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, *33*(1), 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>
- Wojnar-Gruszka, K., Segá, A., Płaszewska-Żywko, L., Wojtan, S., Potocka, M., & Kózka, M. (2022). Pain Assessment with the BPS and CCPOt Behavioral Pain Scales in Mechanically Ventilated Patients Requiring Analgesia and Sedation. *International journal of environmental research and public health*, *19*(17), 10894. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710894>
- Wooldrige, S., & Branney, J. (2020). Congruence between nurses' and patients' assessment of postoperative pain: a literature review. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, *29*(4), 212–220. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.4.212>
- Xyrichis, A., Fletcher, S., Philippou, J., Brearley, S., Terblanche, M., & Rafferty, A. M. (2021). Interventions to promote family member involvement in adult critical care settings: a systematic review. *BMJ open*, *11*(4), e042556. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042556>
- Yang, Y., & Liu, H. (2021). The effect of patient safety culture on nurses' near-miss reporting intention: the moderating role of perceived severity of near misses. *Journal of research in nursing : JRN*, *26*(1-2), 6–16. <https://doi.org/10.1177/1744987120979344>
- Youngcharoen, P., & Aree-Ue, S. (2023). A cross-sectional study of factors associated with nurses' postoperative pain management practices for older patients. *Nursing open*, *10*(1), 90–98. <https://doi.org/10.1002/nop2.1281>
- Youngcharoen, P., Vincent, C., & Park, C. G. (2017). Theory of Planned Behavior Constructs Associated with Nurses' Pain Assessment and Pro Re Nata (PRN) Opioid Analgesic Administration: A Cross-sectional Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *18*(3), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.03.001>

Zell, L., Blake, C., Brittingham, D., Brown, A. M., & Soghier, L. (2019). Simulation Prepares an Interprofessional Team to Evacuate a 60-Bed Level 4 Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 33(3), 253–259. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000430>

APÊNDICES

APÊNDICE I

FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ABORDAGEM DA VIA AÉREA NA SALA DE EMERGÊNCIA

APÊNDICE II

FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CAPNOGRAFIA EM CUIDADOS INTENSIVOS

APÊNDICE III

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO – SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Avaliação da Formação - Capnografia em Cuidados Intensivos

9 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Relativamente à formação realizada, indique (1 a 4) qual a resposta que melhor descreve a sua opinião.

Para responder a cada questão utilize a seguinte escala:

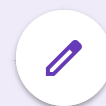
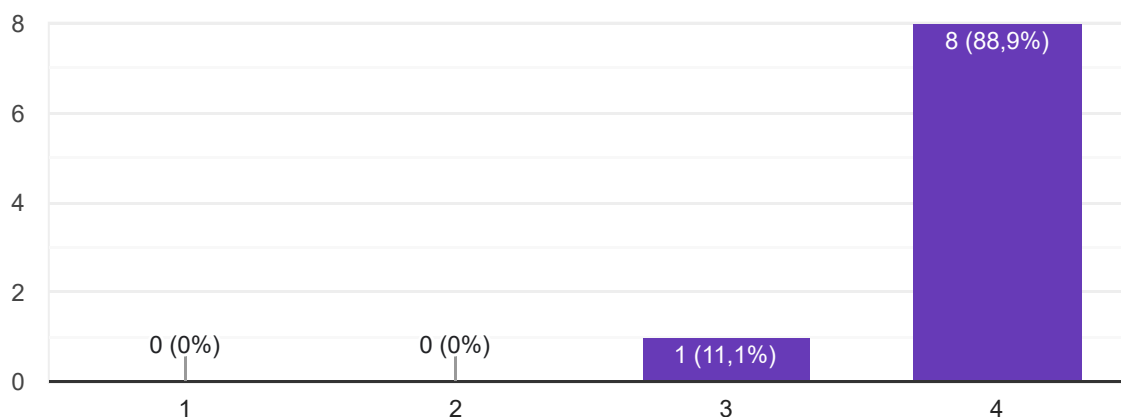
1. Nada
2. Pouco
3. Suficiente
4. Muito

Formação

Os objetivos foram atingidos?

 Copiar

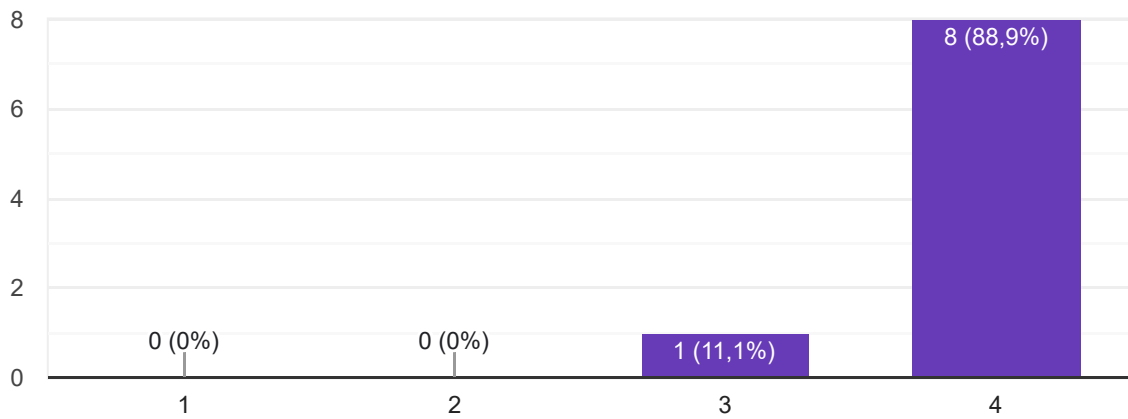
9 respostas



Os conteúdos apresentados foram adequados?

 Copiar

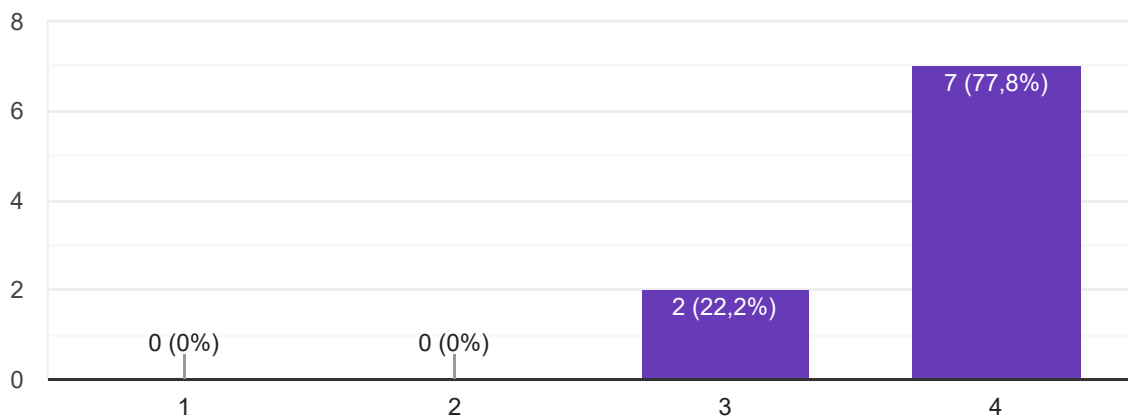
9 respostas



A duração foi adequada?

 Copiar

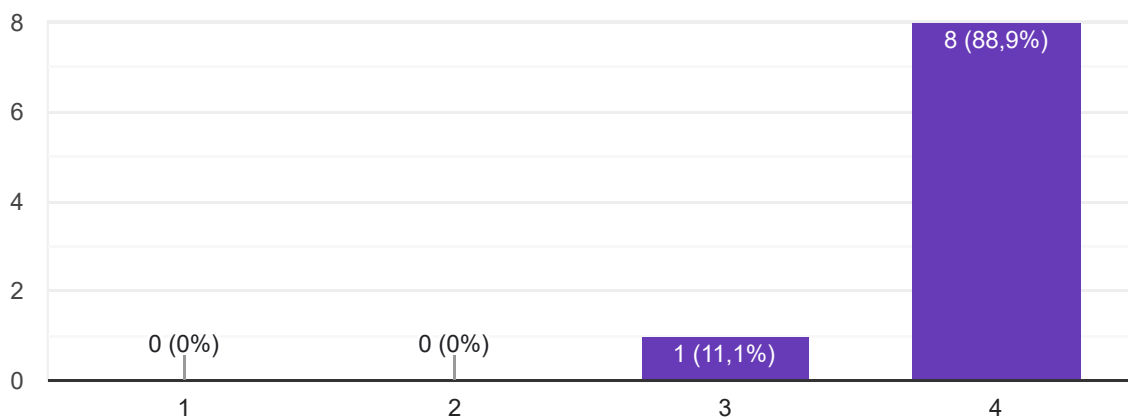
9 respostas



A aprendizagem contribuirá para a melhoria da atividade profissional?

 Copiar

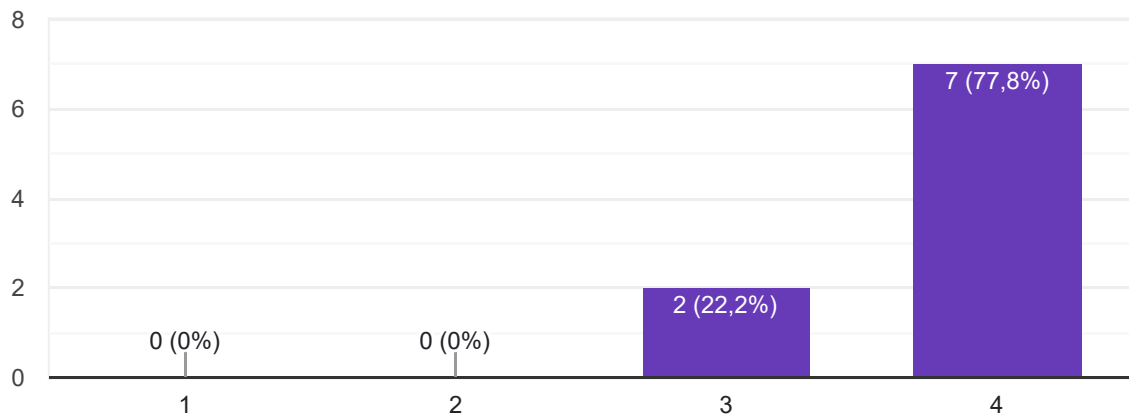
9 respostas



O método utilizado pelo formador foi adequado?

 Copiar

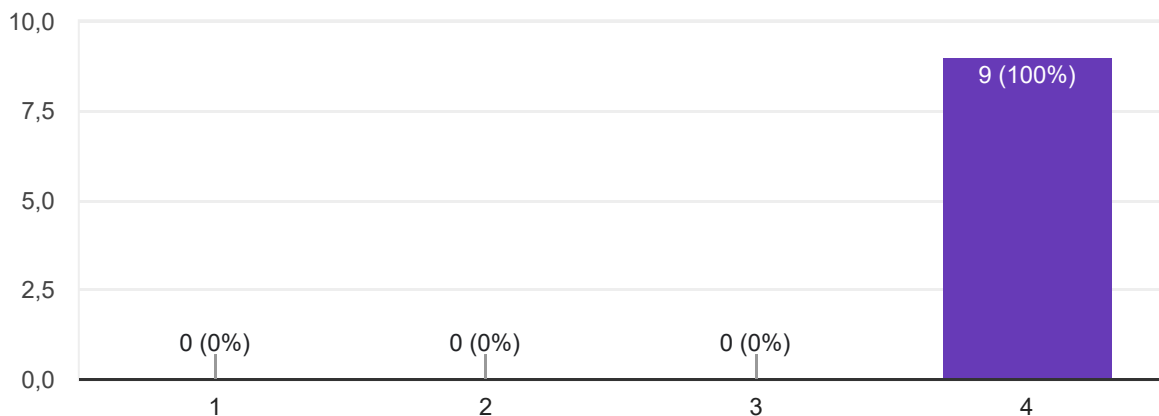
9 respostas



O formador dominava o tema?

 Copiar

9 respostas



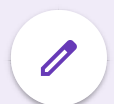
Se tiver sugestões de melhoria indique quais:

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



APÊNDICE IV

FORMAÇÃO EM SERVIÇO: CAPNOGRAFIA EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR

APÊNDICE V

**AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO – EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR:
SUPORTE IMEDIATO DE VIDA**

Capnografia em Emergência Extra-Hospitalar

18 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Relativamente à formação realizada, indique (1 a 5) qual a resposta que melhor descreve a sua opinião.

Para responder a cada questão utilize a seguinte escala:

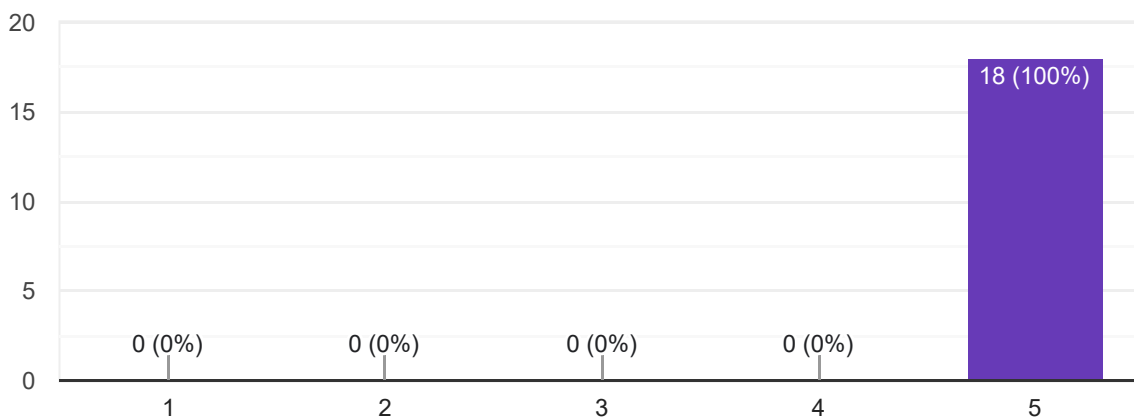
1. Discordo totalmente
2. Discordo
3. Indiferente
4. Concordo
5. Concordo totalmente

Formação

Os objetivos da formação foram atingidos?

 Copiar

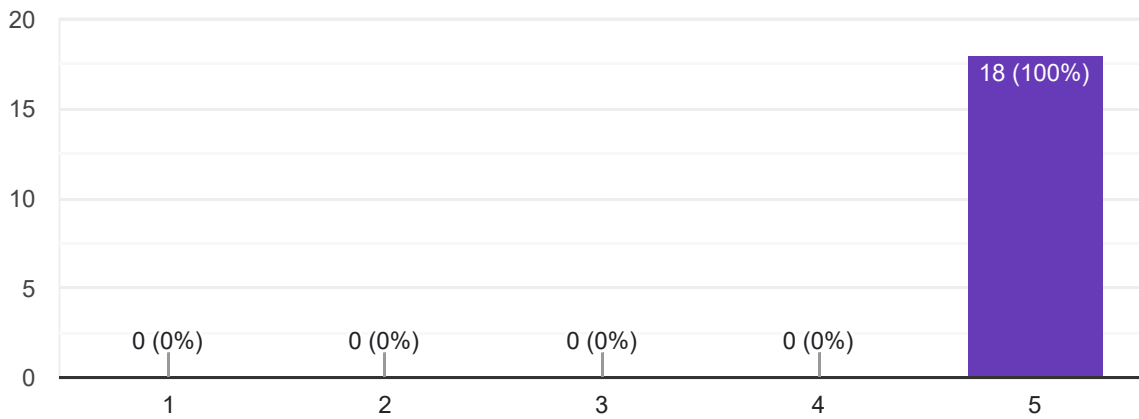
18 respostas



Os conteúdos apresentados foram adequados?

 Copiar

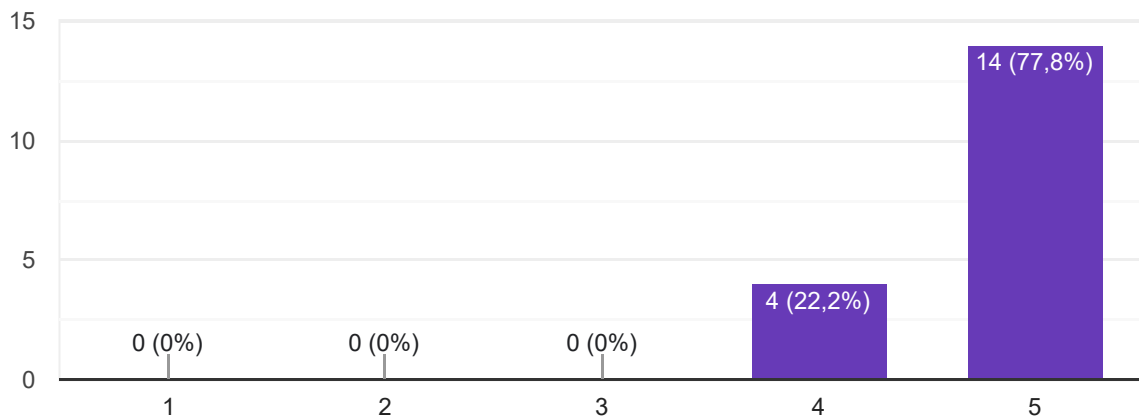
18 respostas



A duração foi adequada?

 Copiar

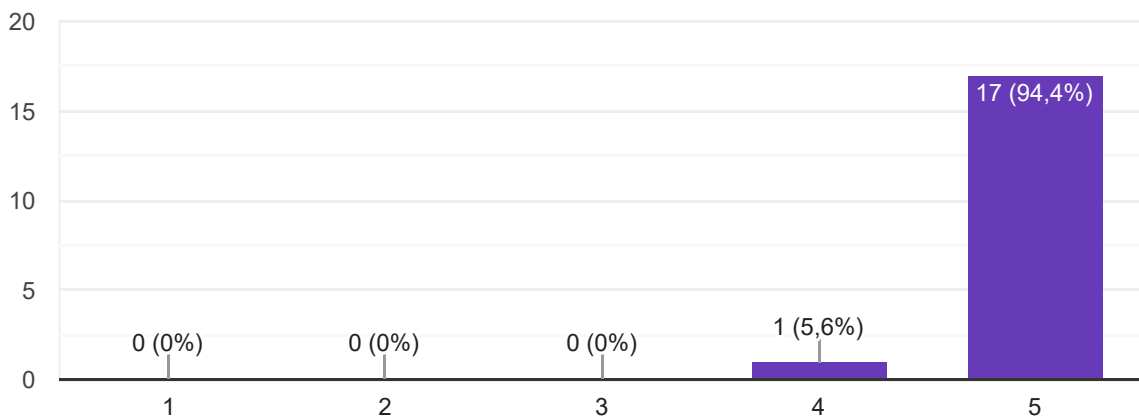
18 respostas



A aprendizagem contribuirá para a melhoria da sua atividade profissional?

 Copiar

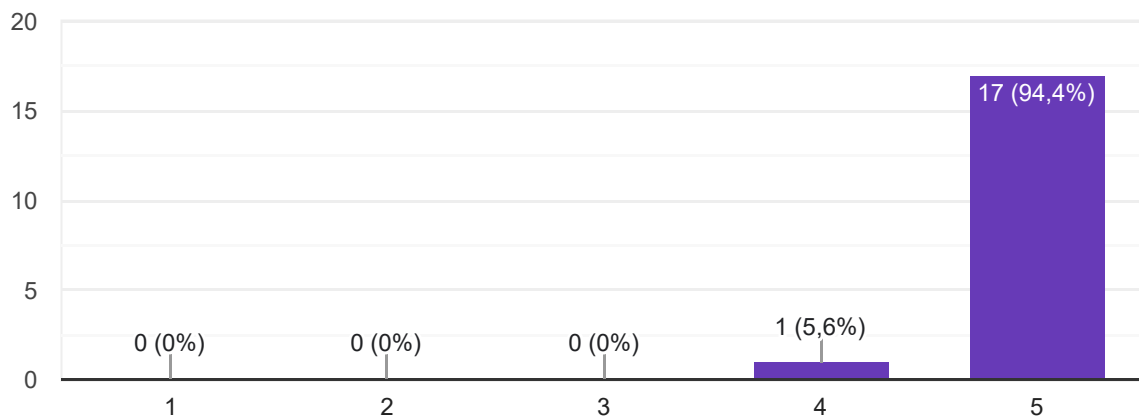
18 respostas



O método utilizado pelo formador foi adequado?

 Copiar

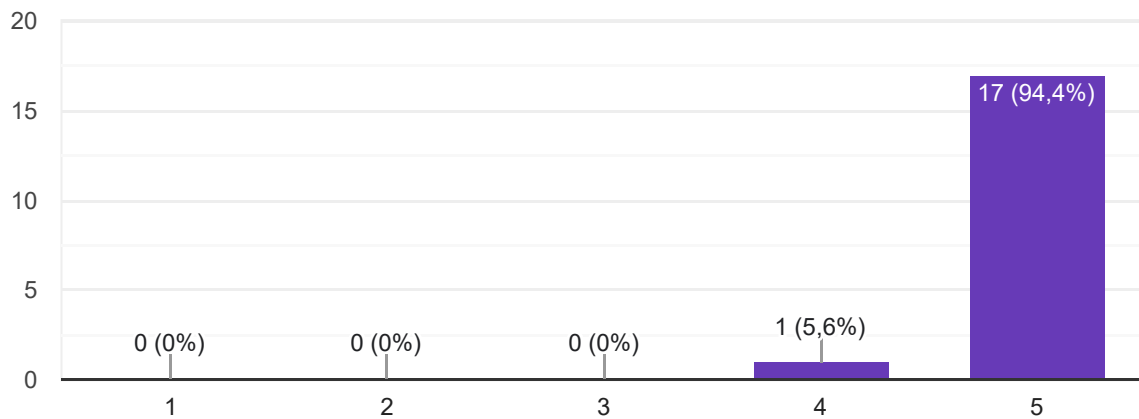
18 respostas



O formador dominava o tema?

 Copiar

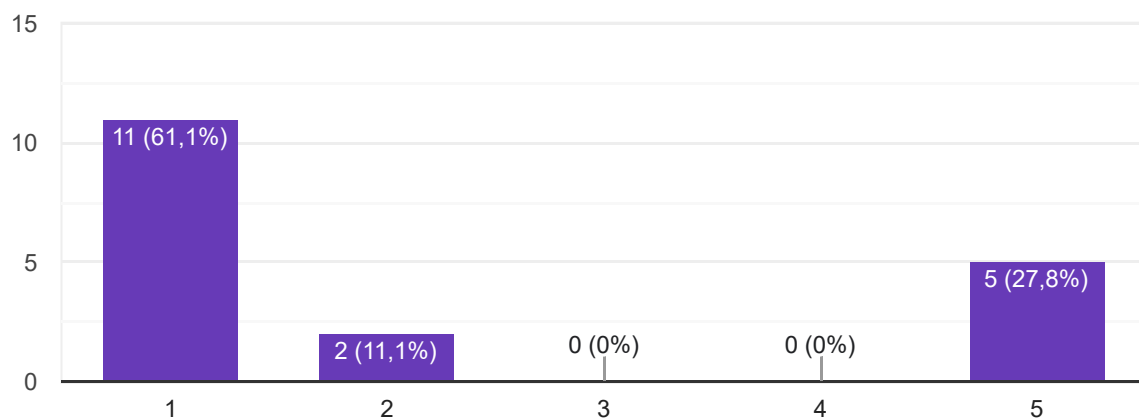
18 respostas



A capnografia em contexto Extra-Hospitalar deve estar limitada a doentes sob ventilação invasiva?

 Copiar

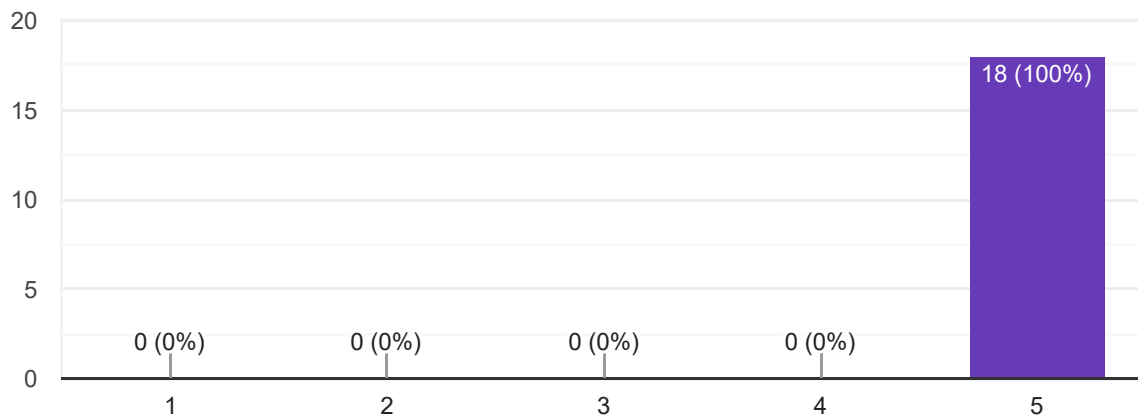
18 respostas



A utilização da capnografia em doentes em ventilação espontânea promove a qualidade e segurança na prestação de cuidados de enfermagem em Extra-Hospitalar?



18 respostas



Indique sugestões de melhoria.

3 respostas

Adotar-se a capnografia/capnometria como métodos de monitorização não invasiva, tal como a spO2, a FC, a PNI ou outra.. Excelente apresentação!

Parabéns pela temática e pela formação! Estiveste muito bem. André Martins

Promover a investigação e utilização do capnografia no extra-hospitalar

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



APÊNDICE VI

TRABALHO COM TERMINOLOGIA SUPOSTADA NA CIPE[®]

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**DOCUMENTO PARA TRABALHO COM TERMINOLOGIA SUPOSTADA NA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM®**

Mestrando: João Pedro Teodósio de Oliveira – n.º 5210019

Ensino Clínico: Unidade de Cuidados Intensivos

Local: Serviço de Medicina Intensiva [REDACTED]

Data: novembro de 2022

Professor Responsável: Professora Doutora Cristina Costeira

1. Identifique e descreva uma situação e/ou condição de assistência que no local de ensino clínico constitua para si motivação adicional para agir no quadro de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - Regulamento N.º 429/2018 (máximo 500 palavras):

As unidades de cuidados intensivos são por excelência um local de prestação de cuidados de elevada complexidade. É neste contexto clínico que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) se destaca, ao mobilizar conhecimentos e diversas habilidades para responder em tempo útil e de forma holística (Regulamento 429/2018, 2018).

É perante este quadro de competências especializadas que destaco uma situação de prestação de cuidados ao doente como potencial dador de órgãos, onde se evidencia a importância dos cuidados desenvolvidos pelo EEEMCPSC, na salvaguarda da dignidade do doente e no estabelecimento da relação terapêutica com a família.

Esta situação decorreu durante o Ensino Clínico em Unidade de Cuidados Intensivos, que realizei no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do [REDACTED] e despertou de forma particular o meu interesse.

A manutenção de órgãos na pessoa em situação crítica (PSC) é uma situação que necessita de cuidados de saúde de elevada complexidade, cujos objetivos se encontram centrados na otimização das funções orgânicas e no equilíbrio homeostático lidando com efeitos fisiológicos provocados pela morte cerebral (Anwar & Lee, 2019; Clarke, 2021; Meyfroidt et al., 2019). É neste contexto que os enfermeiros focam as suas atenções e prioridades no restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico do doente, concentrando a sua atenção no suporte aos sistemas (Nunes, 2015). Porém surgem outras preocupações, nomeadamente éticas, ao nível da informação de más-notícias à família e no respeito pela pessoa, pelos direitos humanos e na humanização dos cuidados (Nunes, 2015).

De acordo com Dios-Duarte (2022) humanizar significa garantir o respeito pelas pessoas e tratá-las com dignidade, de acordo com os princípios éticos, deontológicos e jurídicos na prática profissional. O EEMCPSC deve assim, segundo o Regulamento n.º 140/2019 (2019) exercendo uma prática de acordo com o código deontológico promovendo a proteção dos direitos humanos. Simultaneamente, deve assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes de falência orgânica, através da demonstração de “conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e de processos de luto” (Regulamento n.º 429/2018 2018, p.19363).

A transmissão de más notícias como a morte de um familiar é um dos maiores desafios comunicacionais que os enfermeiros enfrentam na sua prática (Agnese et al., 2022). Este processo comunicacional revela-se fundamental em contexto de doação de órgãos após morte cerebral em cuidados intensivos (Kentish-Barnes et al. 2018a).

A família encontra-se no centro da tomada de decisão, sujeita a diversas reações emocionais e ao desenvolvimento de stress pós-traumático, depressão, ansiedade e luto prolongado (Kentish-Barnes et al, 2018a). Assim o EEEMCPSC pelas suas competências específicas assume um lugar de destaque.

Os enfermeiros no SMI, pela proximidade ao doente e à família, devem estar envolvidos no processo de comunicação à família e estabelecer suporte emocional aos familiares (Kerstis & Widarsson, 2020; Mills & Koulouglioti, 2016). A qualidade do processo comunicacional e o suporte emocional prestado pelos enfermeiros pode influenciar a tomada de decisão da família e o seu processo de luto (Mills & Koulouglioti, 2016).

2. Para a situação e/ou condição descrita no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 o(s) Foco(s) - áreas de atenção relevantes para a enfermagem (máximo 250 palavras):

Os Focos de atenção que foram considerados mais pertinentes no que respeita os cuidados ao doente como potencial dador de órgãos são:

1. Morrer com dignidade (10037517)

A dignidade humana é uma condição que está presente e é indissociável da prática em Enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015a) o Enfermeiro tem o dever de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana...adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (2015a, p.30).

Em situações de doença inexorável, ou em que não existe reversão possível nem meio de interromper a sua progressão, as intervenções desenvolvidas visam atenuar os sintomas da doença, sem agir diretamente sobre a doença, preservando acima de tudo a dignidade humana (OE, 2015a).

2. Emoção (10012675) (10006765)

A Internacional Council of Nurses (ICN) (2020) define através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que emoção é um “processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença”.

Os familiares dos doentes em cuidados intensivos, perante o seu falecimento, podem experienciar emoções negativas com consequente impacto físico e psicológico (McAdam & Puntillo, 2018).

3. Para o (s) Foco (s) descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 os Diagnósticos Enfermagem emergentes (máximo 250 palavras):

De acordo com os Focos anteriores, identificaram-se os seguintes Diagnósticos de Enfermagem:

1.1. Dignificação da morte

O reconhecimento da dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspectivados na sua indivisibilidade (OE, 2015a, p.65).

Morrer com dignidade é mais do que um direito, é “morrer em paz, morrer com os outros, morrer em companhia, morrer com aqueles a quem queremos e que nos querem. Não morrer só. Morrer, evidentemente, com assistência médica, que não substitui, entretanto, a assistência afetiva” (Cortina, s/d, como citado em OE, 2015a, p.87).

“É dever do enfermeiro assegurar o direito primordial da pessoa a morrer com dignidade” (OE, 2015a, p.87).

Dignificar a morte é um processo intrínseco e extrínseco que envolve o doente e a família (Sandgren et al., 2021).

2.1. Problema emocional (10029839) / Risco de luto familiar disfuncional (10038495)

Perante a morte da pessoa em cuidados intensivos, os familiares podem experienciar emoções negativas com consequente impacto físico e psicológico (McAdam & Puntillo, 2018). Estas emoções podem resultar em luto prolongado, stress pós-traumático, ansiedade e depressão (Kentish-Barnes et al., 2018b).

Quando a morte de alguém é inesperada e não existiu tempo para a preparação podem surgir emoções como a raiva, a revolta e o desespero (OE, 2015).

Segundo Meleis (2010) a família depara-se com uma transição situacional quando existe a morte de algum dos seus membros, originando uma redefinição de papéis, numa nova rede de interações. Nestas situações, o Enfermeiro assiste a família facilitando o processo de transformação e adaptação.

4. Para os Diagnósticos Enfermagem descritos no ponto anterior, identifique e redija em CIPE® Versão 2 as Intervenções de Enfermagem emergentes (máximo 750 palavras):

Para o Diagnóstico Dignificação da morte identificaram-se as seguintes Intervenções de Enfermagem:

1.1.1. Manter dignidade e privacidade (10011527)

No que concerne ao respeito pelo doente terminal e segundo a OE (2015) o Enfermeiro deve “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (2015, p.86) e deve também “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (2015, p.86).

Nesse sentido e na incapacidade de o doente manifestar a sua vontade, deverá ser possibilitada a visita dos seus familiares, daqueles são próximos afetivamente, como referido no artigo n.º 108 do Código Deontológico (CD) (OE, 2015b)

Assegurar que não são realizados procedimentos técnicos para além dos protocolados em situação de doação de órgãos, não submetendo a intervenções desnecessárias e sofrimento adicional.

1.1.2. Providenciar privacidade (10026399)

Assegurar a privacidade do doente durante a prestação de cuidados, nos procedimentos associados ao protocolo de morte cerebral, na visita dos familiares ou outras pessoas de referência com relação afetiva. Utilizar cortinas e biombos garantindo o respeito pela intimidade, como referido no artigo n.º 107 do CD (OE, 2015b).

1.1.3. Avaliar as crenças espirituais (10024308) e culturais (10024233)

1.1.4. Proteger as crenças espirituais (10026381) e culturais (10026368)

Avaliar junto da família as crenças espirituais e culturais do doente, proporcionando se necessário serviço religioso, respeitando as suas convicções religiosas e culturais.

O Enfermeiro deve assim, à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019) contribuir para a prestação de cuidados congruentes, com respeito pelas diferenças e semelhanças nos valores culturais, crenças e práticas individuais.

Para os Diagnósticos Problema emocional e Risco de luto familiar disfuncional identificaram-se as seguintes as Intervenções de Enfermagem:

2.1.1. Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (10026616)

Adotar um guia orientador para comunicar as más notícias, como o protocolo SPIKES (*Setting, Perception, Invitation for information, Knowledge, Empathy, Summarize and Strategize*), facilita o processo comunicacional (Baile, 2015; Rosenzweig, 2012).

Gerir a comunicação interpessoal com a família, fazendo recurso às competências e estratégias comunicacionais (van Mol et al., 2020).

2.1.2. Demonstrar técnica de relaxamento (10006966)

A estabilização emocional pode ser conseguida através de técnicas respiratórias. A respiração diafragmática, com aumento da profundidade respiratória e redução da frequência, permite a redução do stress psicológico e fisiológico (Hooper et al., 2019; Ma et al., 2017).

2.1.3 Apoiar o estado psicológico (10019161)

Estabelecer uma comunicação adequada é indispensável para apoiar o processo psicológico que a família está a vivenciar, limitando assim o impacto negativo (Mills & Koulouglioti, 2016; Smudla et al., 2012).

Respeitar qualquer reação perante a expressão emocional, demonstrando empatia, compreensão e disponibilidade para escutar.

2.1.4. Providenciar apoio emocional (10027051)

Avaliar a rede de suporte familiar enquanto recurso no apoio emocional (Beiermann et al., 2017).

Encaminhar para outros profissionais de saúde que possam oferecer ajuda especializada perante situações de destabilização emocional (Beiermann et al., 2017).

2.1.5. Ensinar acerca do processo de morte (10026502)

Comunicar adequadamente com os familiares do dador é fundamental no desenvolvimento do processo de luto, limitando o desenvolvimento de processos patológicos associados ao luto (Smudla et al., 2012)

Neste sentido é importante explicar que a morte cerebral é um processo irreversível, mesmo com os avanços tecnológicos (Anwar & Lee, 2019; Martin-Loeches et. al., 2019; Sindeaux et al., 2021).

2.1.6. Avaliar as crenças espirituais da família (10024312)

Avaliar as crenças espirituais da família, manifestando compreensão e respeito pelas convicções (Bloomer et al., 2022).

Providenciar apoio religioso à família.

2.1.7. Proporcionar privacidade para o comportamento espiritual (10024504)

Providenciar espaço e tempo necessário para a família permanecer junto do seu familiar.

Assegurar um ambiente calmo e seguro que respeite a privacidade do doente e família (Bloomer et al., 2022).

2.1.8. Apoiar processo de tomada de decisão familiar (10026462)

As pessoas não inscritas no Registo Nacional de Não Dadores estão elegíveis para a doação de órgãos (Ministério da Saúde, 1994), porém de acordo com as práticas institucionais pode ser solicitada à família a autorização para a doação de órgãos. Esta resposta num tempo limitado, pode levar a dificuldades no processo de tomada de decisão (Kentish-Barnes et al., 2019).

Este processo de decisão é um desafio do conflito à transcendência (Ahmadian et al., 2019), afetado por diversos fatores como o processo de comunicação de informação pelos profissionais de saúde e o contexto social e cultural da família (Ando & Katahara, 2020).

Deve ser respeitada a decisão da família acerca do processo de doação, sem juízo de valor, reforçando o estabelecimento da relação terapêutica.

5. Referências Bibliográficas:

- Agnese, B. L., Daniel, A. C. Q. G., & Pedrosa, R. B. D. S. (2022). Communicating bad news in the practice of nursing: an integrative review. *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 20, eRW6632. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022RW6632
- Ahmadian, S., Rahimi, A., & Khaleghi, E. (2019). Outcomes of organ donation in brain-dead patient's families: Ethical perspective. *Nursing ethics*, 26(1), 256–269. <https://doi.org/10.1177/0969733017703696>
- Ando, M., & Katahara, M. (2020). Nurses' Recognition in Nursing for Patients and Families about Organ Donation after Brain Death, Care for Family Members and Supports for Nurses. *Open Journal of Nursing*, Vol.10No.12, 10, Article 106045. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.1012087>
- Anwar, A., & Lee, J. M. (2019). Medical Management of Brain-Dead Organ Donors. *Acute and critical care*, 34(1), 14–29. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00430>
- Baile W. F. (2015). Giving Bad News. *The oncologist*, 20(8), 852–853. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0250>
- Beiermann, M., Kalowes, P., Dyo, M., & Mondor, A. (2017). Family Members' and Intensive Care Unit Nurses' Response to the ECG Memento© During the Bereavement Period. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 36(6), 317–326. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000269>
- Bloomer, M. J., Ranse, K., Adams, L., Brooks, L., & Coventry, A. (2022). "Time and life is fragile": An integrative review of nurses' experiences after patient death in adult critical care. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, S1036-7314(22)00200-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.008>
- Clarke C. (2021). Management of the brain-dead organ donor. *Indian journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 37(Suppl 3), 395–400. <https://doi.org/10.1007/s12055-021-01224-y>
- Cortina, Adela. (s/d), p. 189 – Retirado de Ordem dos Enfermeiros (2015a) – Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Decreto-lei n.º244/94 do Ministério da Saúde (1994). Diário da República. I série A n.º 223. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/244/1994/09/26/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Dios Duarte, M. J. (2022). La Humanização nos Serviços de Cuidados de Saúde. *Servir*, 2(02), e27233. <https://doi.org/10.48492/servir0202.27233>

- Hopper, S. I., Murray, S. L., Ferrara, L. R., & Singleton, J. K. (2019). Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: a quantitative systematic review. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 17(9), 1855–1876. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003848>
- International Council of Nurses (2020). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Português. Versão 2019. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAAs.pdf>
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Cheisson, G., Joseph, L., Martin-Lefèvre, L., Si Larbi, A. G., Viquesnel, G., Marqué, S., Donati, S., Charpentier, J., Pichon, N., Zuber, B., Lesieur, O., Ouendo, M., Renault, A., Le Maguet, P., Kandelman, S., Thuong, M., Floccard, B., Mezher, C., ... Azoulay, E. (2018a). Grief Symptoms in Relatives Who Experienced Organ Donation Requests in the ICU. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 198(6), 751–758. <https://doi.org/10.1164/rccm.201709-1899OC>
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., & Azoulay, E. (2018b). Guiding intensive care physicians' communication and behavior towards bereaved relatives: study protocol for a cluster randomized controlled trial (COSMIC-EOL). *Trials*, 19(1), 698. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3084-7>
- Kentish-Barnes, N., Siminoff, L. A., Walker, W., Urbanski, M., Charpentier, J., Thuong, M., Sarti, A., Shemie, S. D., & Azoulay, E. (2019). A narrative review of family members' experience of organ donation request after brain death in the critical care setting. *Intensive care medicine*, 45(3), 331–342. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05575-4>
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Valade, S., Jaber, S., Kerhuel, L., Guisset, O., Martin, M., Mazaud, A., Papazian, L., Argaud, L., Demoule, A., Schnell, D., Lebas, E., Ethuin, F., Hammad, E., Merceron, S., Audibert, J., Blayau, C., Delannoy, P. Y., Lautrette, A., ... Azoulay, E. (2022). A three-step support strategy for relatives of patients dying in the intensive care unit: a cluster randomised trial. *Lancet (London, England)*, 399(10325), 656–664. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02176-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02176-0)
- Kerstis, B., & Widarsson, M. (2020). *When Life Ceases-Relatives' Experiences When a Family Member Is Confirmed Brain Dead and Becomes a Potential Organ Donor-A Literature Review*. *SAGE open nursing*, 6, 2377960820922031. <https://doi.org/10.1177/2377960820922031>
- Ma, X., Yue, Z. Q., Gong, Z. Q., Zhang, H., Duan, N. Y., Shi, Y. T., Wei, G. X., & Li, Y. F. (2017). The Effect of Diaphragmatic Breathing on Attention, Negative Affect and Stress in Healthy Adults. *Frontiers in psychology*, 8, 874. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00874>
- Martin-Loeches, I., Sandiumenge, A., Charpentier, J., Kellum, J. A., Gaffney, A. M., Procaccio, F., & Westphal, G. A. (2019). Management of donation after brain death (DBD) in the ICU: the potential donor is identified, what's next?. *Intensive care medicine*, 45(3), 322–330. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05574-5>
- McAdam, J. L., & Puntillo, K. (2018). Pilot Study Assessing the Impact of Bereavement Support on Families of Deceased Intensive Care Unit Patients. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27(5), 372–380. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018575>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 30(6), 540–557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and progress*. (5th ed.) Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meyfroidt, G., Gunst, J., Martin-Loeches, I., Smith, M., Robba, C., Taccone, F. S., & Citerio, G. (2019). Management of the brain-dead donor in the ICU: general and specific therapy to improve transplantable organ quality. *Intensive care medicine*, 45(3), 343–353. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05551-y>
- Mills, L., & Koulouglioti, C. (2016). How can nurses support relatives of a dying patient with the organ donation option?. *Nursing in critical care*, 21(4), 214–224. <https://doi.org/10.1111/nicc.12183>
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), p.187-199. <http://hdl.handle.net/10400.26/13747>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Deontologia Profissional de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República. 2ª Série, n.º 135, 19359-19364. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Rosenzweig M. Q. (2012). Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. *The Nurse practitioner*, 37(2), 1–4. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000408626.24599.9e>

Sandgren, A., Axelsson, L., Bylund-Grenklo, T., & Benzein, E. (2021). Family members' expressions of dignity in palliative care: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(3), 937–944. <https://doi.org/10.1111/scs.12913>

Sindeaux, A. A. C., Nascimento, A. M. V., Campos, J. R. E., Campos, J. B. R., Barros, A. B., & Luz, D. C. R. P., (2021). Cuidados de enfermagem dispensados ao potencial doador de órgãos em morte encefálica: uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 24(272), 5128–5147. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i272p5128-5147>

Smudla, A., Hegedűs, K., Miháy, S., Szabó, G., & Fazakas, J. (2012). The HELLP concept - relatives of deceased donors need the Help Earlier in parallel with Loss of a Loved Person. *Annals of transplantation*, 17(2), 18–28. <https://doi.org/10.12659/aot.883219>

van Mol, M. M. C., Wagener, S., Latour, J. M., Boelen, P. A., Spronk, P. E., den Uil, C. A., & Rietjens, J. A. C. (2020). Developing and testing a nurse-led intervention to support bereavement in relatives in the intensive care (BRIC study): a protocol of a pre-post intervention study. *BMC palliative care*, 19(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00636-8>

APÊNDICE VII

CURSO DE AVALIAÇÃO E ABORDAGEM À PESSOA COM DOR - BÁSICO



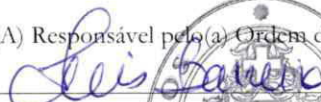
Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que JOÃO PEDRO TEODÓSIO DE OLIVEIRA [REDACTED] nascido em [REDACTED], com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) [REDACTED] concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor – Básico, em 21/04/2023, com a duração de 30:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Enquadramento Conceptual	1:00	-
Natureza multidimensional da dor	4:00	-
Avaliação da pessoa com dor	4:00	-
Gestão e tratamento da Dor: Abordagem farmacológica e não farmacológica	6:00	-
Especificidades na gestão de dor	11:00	-
Papel e intervenção do Enfermeiro na Gestão da pessoa com Dor	4:00	-
Nota Final		20

Lisboa, 21 de julho de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Ordem dos Enfermeiros, Associação Pública Profissional


(Assinatura e selo branco em anexo)

Certificado n.º 539/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

APÊNDICE VIII

TABLETOP – PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO

TABLETOP Plano de Emergência Externo de Catástrofe do [REDACTED] (13/07/2022)

Chefe de Equipa: João Oliveira **Diretora Clínica:** Sílvia Domingues **Enfª Coordenadora:** Inês Damásio **Médico responsável pela área:** Ana Cristina **Enfª Triagem:** Catarina Rodrigues

Registos do tabletop: Mónica Baptista

HORA	INTERVENIENTE	TAREFA
16:55	Vigilante + Catarina	Vigilante encontra a Catarina lá fora e diz-lhe que estão a haver os incêndios com muita gente e já com estradas cortadas
16:56	Catarina	Catarina avisa o João sobre esse possível alerta e é preenchido por ambos o Documento 1 (Registo da informação do alerta)
16:57	João	João liga para o CODU para validar a situação, não atendem, liga à Proteção Civil que dá a seguinte informação: - Encontram-se a avaliar ainda a situação não conseguindo ainda fornecer muita informação - Que estradas estão efetivamente cortadas (em ambos os sentidos [REDACTED]) - Que se encontram em situação de exceção porém o plano municipal não foi ativado
17:00	João e Inês	João reúne com a Inês dizendo a informação que tem, e pede à Inês para lhe dar <i>update</i> de como está a lotação do SUG. Lotação do SU: - 0 doentes na área Vermelha/Sala de Emergência - 27 doentes na área Laranja - 52 doentes na área Amarela - 26 doentes na área Verde - 5 doentes + na área Verdes 2 - 30 doentes a aguardar primeira observação médica (FRAGILIDADE) - 8 doentes a aguardar triagem
17:03	João e Gestor de Camas	João decide gerir os doentes que se encontram no SU para perceber quais podem ser drenados para internamentos e quais podem ter alta. Comunica com o gestor de camas do SU para averiguar essa situação. Percebeu-se que existem 12 vagas de internamento, e 15 macas livres em corredor do SU.
17:05	Inês	Comunica com os Enfermeiros de cada área para agilizarem os internamentos o mais rapidamente possível. Percebe que devido aos incêndios, irão faltar dois Enfermeiros no turno da Noite, pelo que ausculta a equipa de Enfermagem presente, se duas pessoas poderão seguir turno.
17:12	-----	Continuamos sem informação que justifique ativar o plano de emergência Cada área do SU já conseguiu drenar 2 doentes para internamentos, portanto um total de 6 doentes já foram para internamento
17:15	-----	Mantemos ainda 30 doentes a aguardar avaliação médica!
17:17	João	Dado o número de doentes a aguardar avaliação médica, o João decide fazer <i>pressing</i> a médicos para agilizarem os doentes que aguardam a sua avaliação e eventualmente até altas logo que possível.
17:23	Catarina	Chegou uma doente dependente em maca com Bombeiros do domicílio, triagem de Manchester aplicada, aguarda. Os Bombeiros não têm grande informação sobre a situação dos incêndios e da situação de exceção em questão.

17:25	Assistentes técnicas	Mantêm-se a tentar contactar o CODU para mais informação.
17:27	João	Contacta Hospital de ██████████ para solicitar, se possível, não enviar doentes. Contacta Hospital de ████████ para informar que só deverá enviar doentes em situação crítica Contacta Hospital de ██████ para informar que deverá enviar doentes em situação crítica para ██████████
17:30	João	Contactar se temos recursos materiais em quantidade suficiente, em especial o nível de oxigénio do hospital. Ligou para serviço de apoio e percebeu que o oxigénio foi reabastecido hoje.
17:31	João	Informou BO (nomeadamente anestesia), SMI, da eventualidade de precisarmos de apoio. SMI com 5 vagas.
17:35	João	Informar serviço de Imunohemoterapia que poderá ser necessário transfusão de vários e diversos hemoderivados
17:37	João	Contactar assistente social para informar que não será possível receber casos sociais e que poderemos ceder 9 camas/macacões para outro local onde se irá drenar os casos sociais.
17:41	-----	Informação de capotamento de um autocarro de Bombeiros, feito novo alerta e preenchido novo documento 1 de registo da informação do alerta
17:42	-----	CODU informa que não sabe a gravidade das vítimas, apenas que são 15 vítimas, não conseguindo desviar nenhuma para ██████████ e que prevê-se que cheguem ao SU dentro de 15/20min.
17:44	João e Inês	Nova reavaliação da lotação do SUG. Lotação do SUG: <ul style="list-style-type: none"> - 0 doentes na área Vermelha/Sala de Emergência - 20 doentes na área Laranja - 48 doentes na área Amarela - 21 doentes na área Verde - 5 doentes + na área Verdes 2 - 25 doentes a aguardar primeira observação médica - 11 doentes a aguardar triagem
17:45	João e Diretora de Serviço	Comunica alerta e como se encontra o SUG à Diretora de Serviço para decisão do nível a acionar do plano de catástrofe.
17:49	-----	Decidido acionar nível I e convocar gabinete de crise em conformidade com o estipulado no plano, via SMS conforme o manual. Informado restante centro hospitalar que foi ativado o Nível I do plano de Catástrofe.
17:51	Inês e João	Decide colocar a Catarina na triagem primária junto à sala de emergência, uma assistente técnica e um assistente operacional. João decide que fica um médico generalista na triagem primária. Montada mesa e respetivos kits de triagem primária em catástrofe (START)
17:58	João	Decide evacuar a área Verde, alocando 10 dos doentes na área laranja, e 11 na área amarela, que serão zonas não catástrofe, ficando a área verde e a área dos vermelhos disponível para catástrofe.
18:00	João	Decide como alocar a equipa médica consoante especialidade, e lotação às diferentes áreas. <ul style="list-style-type: none"> - 1 Médico responsável, 1 cirurgião, 1 ortopedista na área catástrofe - 1 Medicina interna na Sala de Emergência (MÁ DECISÃO)

	Inês	Decide alocar 4 Enfermeiros na área catástrofe, e 2 na Sala de Emergência
18:05	Catarina	Chegada do doente 1: masculino a andar com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:07		Doente 2: Feminino, não anda, com FR de 22 cpm, FC de 100bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 3: masculino e anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:08		Doente 4: masculino, não anda, FR 22 cpm, FC 80 bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 5: feminino, não anda, FR 37 cpm (prioridade Vermelha), alocado à Sala de emergência com numeração conforme kit de triagem
18:13	João	Realocação do médico afeto à sala de emergência, colocado Médico internista na área não catástrofe dos amarelos e colocado cirurgião na sala de emergência.
18:15	Catarina	Doente 6: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 7: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
		Doente 8: feminino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:16		Doente 9: masculino, anda, com feridas (prioridade Verde), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:17		Doente 10: masculino, não anda, FR 32 cpm (prioridade Vermelha), alocado à Sala de Emergência com numeração conforme kit de triagem
18:18		Doente 11: feminino, não anda, FR 20 cpm, FC 80 bpm, TPC 1.5 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:18		Doente 12: masculino, não anda, FR 27 cpm, FC 147 bpm (prioridade Vermelha), alocado à sala de emergência com numeração conforme kit de triagem
18:20	João e Inês	Constatam que é o 3º doente vermelho a entrar na sala de emergência. João decide acrescentar mais um cirurgião e Inês decide colocar o Enfermeiro do gabinete de informações para a sala de emergência.
18:22	Inês	Decide que um dos 4 Enfermeiros da área catástrofe inicia triagem secundária TRTS de 15/15min
18:23	Catarina e Médico de triagem	Doente 13: não respira, permeabilizada via aérea, mantém-se sem respirar (prioridade Preta), levado para a casa mortuária com numeração conforme kit de triagem
18:24	Catarina	Doente 14: não anda, FR 12 cpm, FC 152 bpm (prioridade Vermelha), alocado à área catástrofe por decisão do João e Inês, visto terem mais espaço físico e mais recursos humanos disponíveis. Vai com numeração conforme kit de triagem
18:25		Doente 15: masculino, não anda, FR 19 cpm, FC 80 bpm, TPC 1 seg (prioridade Amarela), alocado à área catástrofe com numeração conforme kit de triagem
18:26	-----	Recebe chamada do CODU a informar que não irão mais vítimas de momento
18:27	João e Inês	Decidem desmontar a triagem primária e arrumar material. Porém o plano mantém-se, apenas é desativado quando todos os doentes estão orientados e por indicação do Presidente do CA.
18:28	-----	Término do <i>tabletop</i> , considerações finais

APÊNDICE IX

COMUNICAÇÃO LIVRE - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS
INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE: REVISÃO TEÓRICA



PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE - REVISÃO TEÓRICA

J. Oliveira¹; A. Monteiro¹; C. Rodrigues¹; D. Nunes¹; C. Santos²

¹ Centro Hospitalar de Leiria, Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal; ² Membro Colaborador do Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Polytechnic of Leiria, Leiria, Portugal

5210019@my.ipleiria.pt

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE - REVISÃO TEÓRICA

J. Oliveira¹; A. Monteiro¹; C. Rodrigues¹; D. Nunes¹; C. Santos²



INTRODUÇÃO

A infeção do local cirúrgico (ILC), está entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais frequentes e correspondem a cerca de 20% de todas as IACS (ECDC, 2019). A vigilância epidemiológica (VE) e a implementação de medidas no domínio da prevenção das ILC, são determinantes para diminuir o impacto na morbilidade e mortalidade (DGS, 2018).

OBJETIVOS

Demonstrar a evidência científica mais recente no que se refere à ILC, à sua incidência, vigilância epidemiológica e medidas de prevenção.

METODOLOGIA

Revisão da literatura, com base em evidência científica atual.

"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico



Adaptado de Direção-Geral da Saúde: "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico, 2015
Fonte: Manual de Prevenção da ILC, versão 05/2014. Sociedade Benéfica Israelita Brasileira Albert Einstein

DISCUSSÃO E RESULTADOS

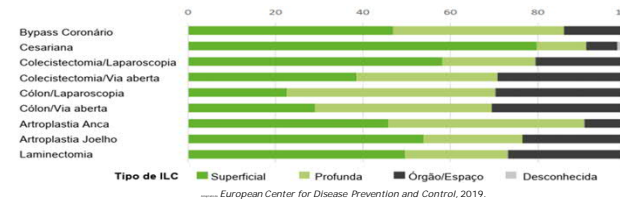
Funcionam atualmente a nível nacional e europeu, diversos programas de VE relativamente às IACS. As complicações cirúrgicas associadas aos cuidados de saúde constituem um problema de saúde pública (Walker et al., 2012). Em 2009, a Organização Mundial de Saúde, implementou uma Lista de Verificação de Cirurgia Segura, com o objetivo de ser aplicada no intraoperatório. Em 2015, a DGS apresentou o "Feixe de Intervenções de Prevenção da ILC" que recomenda: Que os pacientes tomem banho com cloro-hexidina a 2%, no dia anterior e no dia da cirurgia; Que os antibióticos sejam usados até 60min antes da cirurgia, sempre que indicado; Que não seja realizada a tricotomia (ou seja realizada com máquina se estritamente necessária); Deve manter-se a normotermia durante o período perioperatório (>35,5°C); Manter a Glicémia <180mgr/dl, durante a cirurgia e nas 24h seguintes.

A VE demonstra que globalmente existem variações na incidência de ILC, segundo os tipos de cirurgia e da ferida cirúrgica. Demonstra ainda que com exceção no período pandémico, que as medidas implementadas pelo feixe, promovem padrões de segurança do utente, contribuindo para a prevenção de ILC. No entanto, estudos recentes demonstram que, no que se refere ao eixo "Manter Glicémia", que a ingestão de 100ml de líquidos lípidos até 2h antes da cirurgia, traduzem-se em ganhos nas funções cardiopulmonares, neurológicas e imunológicas. O principal objetivo do protocolo europeu na VE-ILC, é assegurar a normalização das definições, procedimentos de recolha e comunicação de dados para os hospitais que participam na vigilância cirúrgica nacional/regional de ILC em toda a Europa (ECDC, 2019). Em 2020 cerca de 50% dos casos de ILC foram notificados após a alta hospitalar (DGS, 2022).

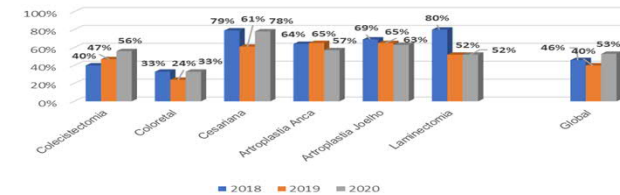
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598950.pdf;jsessionid=...>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Norma n.º 029/2012. Retrieved from https://normas.dgs.min-saude.pt/web-content/guia/2012/13/precaucoes_basicas_do_controlo_da_infecao_pbc_i.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2015). Feixe de Intervenções de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Norma n.º 020/2015. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-siquituras-normativas/norma-n-0202015-de-15122015.pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Relatório Anual do Programa Prioritário 2018. Retrieved from https://www.arcento.min-saude.pt/web-content/aplaids/relat/6/2020/05/Relatorio_Anual_do_Programa_Prioritario_2018.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2019). Vigilância Epidemiológica de IACS em Portugal. Lisboa, 2019. Retrieved from <https://www.apih.pt/dgs/da-saude/epidemiologia-hospitalar-lisboa-2019/dgra-ana-lisboa.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2022). Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual Do Programa Prioritário PPCIRA, 2021. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-hospitalares-e-resistencia-aos-antimicrobianos-entre-2015-e-2020.pdf.aspx>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals - HAI-Net SSI protocol, version 2.2. Retrieved from https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HAI-Net-SSI-protocol_v2.2.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control (2019). Surgical site infections - Annual epidemiological report for 2017. Retrieved from https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017_SSI.pdf

Variação do tipo de ILC segundo o Procedimento Cirúrgico

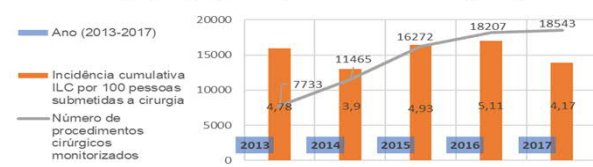


Evolução da taxa de Incidência Cumulativa de ILC e o N.º de Procedimentos Cirúrgicos Monitorizados



Adaptado de Direção-Geral da Saúde: Vigilância epidemiológica de IACS em Portugal, 2019.

Variação das ILC detetadas após a alta hospitalar (por outras unidades de saúde) e por grupos de procedimentos cirúrgicos (2018-2020)



Adaptado de Direção-Geral da Saúde: Infeções e Resistências Aos Antimicrobianos: Relatório Anual Do Programa Prioritário PPCIRA, 2021.

CONCLUSÃO

Existe uma grande variabilidade de ILC segundo o procedimento cirúrgico, sendo as ILC superficiais as mais frequentes. De realçar, a redução da incidência de ILC de 5,11% em 2016 para 4,17% em 2017, assim como o facto de em 2020, cerca de 50% dos casos de ILC terem sido notificados após a alta hospitalar. Já no período pandémico, assistiu-se a uma redução global da VE, sendo que esta limitação no n.º de procedimentos monitorizados, poderá condicionar o estabelecimento de novos objetivos de prevenção e controlo da ILC. É assim essencial manter o investimento no PPCIRA, na VE-ILC, no feixe de intervenções de prevenção da ILC, sem esquecer a importância das boas práticas em Enfermagem.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE **Feridas e Lesões Multiproblemáticas**

2 E 3 JUNHO

2022

ORGANIZAÇÃO

iXUS

formação e consultadoria, lda.

Certificado

Certifica-se que **Ana Monteiro, Catarina Rodrigues, Dora Nunes, João Oliveira e Cátia Santos**, apresentaram a **Comunicação Livre em forma de Poster, PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE- REVISÃO TEÓRICA**, no Congresso Internacional de Feridas e Lesões Multiproblemáticas, CIFLM2022, que se realizou via On-Line.

Porto, 06 de junho de 2022



A Presidente do Congresso
Lígia Monterroso



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



APÊNDICE X

NORMA-PROCEDIMENTO: AVALIAÇÃO DA DOR NO ADULTO

AVALIAÇÃO DA DOR NO ADULTO

Palavras-Chave: DOR; AVALIAÇÃO; ADULTO

Destinatários	Médicos e Enfermeiros do [REDACTED]
----------------------	-------------------------------------

	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Coordenadora [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]	Comissão da Qualidade	O Presidente da Comissão da Qualidade <i>(Originais no Gabinete da Qualidade)</i>
Data	2012.03.20	2012.03.28	

MAPA DE REVISÕES

Revisão	Página(s)	Motivo	Responsável (eis) pela Revisão	Data	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação
01	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Controlo periódico de revisões Atualização do conteúdo 	[REDACTED] [REDACTED] (Serviço de Anestesiologia)	2015.04.15	O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente <i>(Originais no Gabinete da Qualidade)</i>
02	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Controlo periódico de revisões Atualização do conteúdo devido à introdução do SClínico 	[REDACTED] (Serviço de Anestesiologia) [REDACTED] Grupo de Apoio aos Sistemas de Informação em Enfermagem	2018.11.15	O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente <i>(Originais no Gabinete da Qualidade)</i>
03	8	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão dos DIB – dispositivos de perfusão portáteis 	[REDACTED] (CQSD)	2021.09.22	O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente <i>(Originais no Gabinete da Qualidade)</i>
04	5 e 8	<ul style="list-style-type: none"> Indicação para realização de Educação do Doente/família 	GASIE [REDACTED] (CQSD)	2022.08.24	O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente <i>(Originais no Gabinete da Qualidade)</i>
05	2-3 e 5-9	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão da escala de heteroavaliação BPS Atualização de conteúdo devido à introdução do BSimple – Patient Care no Bloco Operatório 	[REDACTED] (Serviço de Anestesiologia) Enf.º João Oliveira (Serviço Bloco Operatório)	2023.08.24	O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente <i>(Originais no Gabinete da Qualidade)</i>

1. OBJETIVO

A dor é considerada um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados nos serviços e instituições de saúde tornando assim imperiosa a sua avaliação. Este procedimento operacionaliza a avaliação de dor no [REDACTED].

2. ÂMBITO

Este procedimento aplica-se a todos os utentes adultos admitidos ou internados no [REDACTED], em situação de internamento, ambulatório, urgência ou em cuidados pós-anestésicos independentemente do seu estado clínico ou características próprias.

3. REFERÊNCIAS:

- International Association for the Study of Pain - IASP
- International Association for the Study of Pain – IASP. <https://www.iasp-pain.org/publications/pain-research-forum/papers-of-the-week/paper/206911-pain-assessment-bps-and-ccpot-behavioral-pain-scales-mechanically-ventilated-patients/>
- Direcção-Geral da Saúde: Registo sistemático da intensidade da Dor (Circular Normativa: nº 09/DGCG 14/06/2003)
- Direcção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Controlo da Dor (Circular Normativa: nº11/DGCS 18/06/2008)
- [REDACTED]
- Guide to Pain Management in Low-Resources Settings. IASP. Frank Boni. Chapter 10 pg 67-78.
- Gélinas, C., Joffe, A. M., Szumita, P. M., Payen, J. F., Bérubé, M., Shahiri T, S., Boitor, M., Chanques, G., & Puntillo, K. A. (2019). A Psychometric Analysis Update of Behavioral Pain Assessment Tools for Noncommunicative, Critically Ill Adults. *AACN advanced critical care*, 30(4), 365–387. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019952>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale: Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência. Série III n.9.* 7-16. <https://doi.org/10.12707/RIII12108>

4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

Dor – é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial (IASP).

Dor Aguda – dor de início recente e de provável duração limitada no tempo, havendo normalmente uma identificação temporal e/ou causal.

Dor Crónica – é uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estados patológicos. É uma doença per se.

PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia

BPS: Behavioral Pain Scale

EN: Escala Numérica

EVA: Escala Visual analógica

EV: Escala Verbal

EF: Escala de Faces ou Wong-Baker

PNDC: Plano Nacional de Luta contra a Dor

IASP: International Association for the Study of Pain

UCPA: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

5. RESPONSABILIDADES

A abordagem da dor deve ser efetuada de forma multidisciplinar, contando com a contribuição dos vários profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento.

A [REDACTED], de acordo com o PNCD, é o garante desta abordagem e responde sempre que necessário e que a situação clínica o justifique à solicitação/pedido de observação não só nas situações específicas crónicas, mas também agudas. A avaliação da dor é responsabilidade do médico e do enfermeiro.

O enfermeiro avalia a dor de forma regular e sistemática, ou de acordo com os protocolos instituídos, à semelhança do que acontece com os sinais vitais e procede ao seu registo em suporte próprio no processo clínico eletrónico do doente.

O médico avalia a dor sempre que a situação assim o justifique. A avaliação da intensidade da dor deverá ser efetuada com recurso às escalas de avaliação adotadas pelo [REDACTED] mais adequadas à idade e estado cognitivo dos doentes. Todos os profissionais que prestam cuidados diretos ao doente devem estar alerta e sensibilizados para todas as situações reais e potenciais de dor.

6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

A avaliação da dor é efetuada de forma sistemática em todos os doentes, mesmo quando estes não exprimam nenhuma queixa de forma espontânea. Ocorre sempre que seja constatada dor, quer por queixa do doente, quer induzida por procedimentos técnicos ou atos de diagnóstico ou terapêutica, pelo que é especialmente importante dedicar uma atenção especial à prevenção e controlo da dor provocada pelos mesmos. O auto-relato deve ser privilegiado como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas.

Devem ser colhidos dados precisos sobre a história da dor considerando os seguintes parâmetros:

- Localização;
- Perfil evolutivo (diurna/noturna, acesso doloroso);
- Duração (a dor crónica define-se por uma duração superior a 3 a 6 meses);
- Intensidade usando uma escala adequada.

A intensidade da dor deve ser avaliada: **em repouso**, aquando da **mobilização** ou aquando da **prestação de cuidados** e após a administração do analgésico instituído ou de intervenção não farmacológica (por exemplo posicionamento).

I. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR ADOTADAS NO ■■■

A escolha de uma escala de intensidade da dor depende da sua compreensão pelo utente. Uma vez escolhida deve ser mantida para o mesmo utente.

A avaliação da intensidade da dor deve ser feita privilegiando instrumentos de auto-avaliação.).

As escalas em uso no ■■■ são:

A - ESCALA VISUAL ANALÓGICA

O doente deverá classificar a intensidade da dor numa linha de 10 cm em que um dos extremos corresponde a ausência de dor e o outro ao máximo de dor imaginável. Esta classificação corresponderá a uma escala de 10 pontos.

Escala Visual Analógica

Sem Dor _____ Dor Máxima

B - ESCALA NUMÉRICA

O doente dá um valor de 0 a 10 para descrever a intensidade da sua dor.

Escola Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

C - ESCALA DE EXPRESSÕES FACIAIS

Consiste num pictograma de 6 faces, expressando níveis progressivos de angústia (desde a face sorridente (sem dor) até à muito triste (dor muito intensa). Esta escala é adequada para avaliação da dor nos doentes com dificuldades de a expressar verbalmente, tais como doentes incapazes de falar, devido a dificuldades linguísticas ou outras. Esta escala é uma alternativa fidedigna à utilização da escala verbal analógica para avaliar a intensidade da dor em indivíduos com baixo nível educacional, sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas ligeiras, porém não deverá ser utilizada em doentes com alterações cognitivas graves

**Escala de Wong-Baker****D - ESCALA QUALITATIVA**

Escala qualitativa, em que é descrita a dor em cinco níveis:

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Estes instrumentos permitem uma avaliação correta e um controlo adequado da dor nos casos em que o doente esteja incapaz de fazer o auto-relato da mesma. Assim perante o doente com demência avançada será utilizada pelos profissionais a escala PAINAD e situações em que o doente se encontre intubado e ventilado mecanicamente será utilizada a escala BPS. Posteriormente as pontuações finais destas escalas serão transformadas num dos níveis da escala qualitativa, de acordo com o seguinte quadro:

AVALIAÇÃO DA DOR NO ADULTO

Escola Qualitativa	Escola PAINAD	Escola BPS
Sem dor	0	3
Dor ligeira	1-2-3	4-5-6
Dor moderada	4-5-6	7-8-9
Dor intensa	7-8-9	10-11
Dor máxima	10	12

A escala **PAINAD** é composta por cinco objetos de avaliação: padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e necessidade de consolo. **As pontuações** variam entre 0 (ausência de dor) e 10 (dor máxima), sendo cada item da escala quantificada de 0 a 2. Se for atingida **uma pontuação superior a 1 deve ser instituída uma intervenção terapêutica, farmacológica ou não.**

Avaliação na Demência Avançada		
Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação	1
	Período longo de hiperventilação. Respiração de Cheyne-Stokes	2
Vocalização negativa	Nenhuma	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo, com discurso negativo ou de desaprovação	1
	Muito fletidos com flexão dos dedos	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas	1
	Esgar facial	2
Linguagem corporal	Relaxada	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar	2

AVALIAÇÃO DA DOR NO ADULTO

A escala **BPS** é composta por três objetos de avaliação: expressão facial, movimentos dos membros superiores e adaptação ao ventilador.

Ao contrário da maioria das escalas, a pontuação mínima inicia em 3 em vez de 0. Cada item da escala é quantificado de 1 a 4, assim as pontuações da escala variam entre 3 (ausência de dor) e 12 (dor máxima).

Avaliação no Doente Intubado sob Ventilação Mecânica		
Categoria	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada.	1
	Parcialmente contraída; sobranceiras franzidas.	2
	Completamente contraída; pálpebras fechadas.	3
	Careta; esgar facial.	4
Movimentos dos membros superiores	Sem movimento.	1
	Parcialmente fletidos.	2
	Muito fletidos com flexão dos dedos.	3
	Retraído, com resistência aos cuidados.	4
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação.	1
	Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo.	2
	Luta contra ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes.	3
	Incapaz de controlar a ventilação.	4

II. REGISTO E REAVALIAÇÃO

O registo da avaliação da dor no Sclínico é efetuado no Diário Clínico excepto pelos enfermeiros que utilizarão a execução das intervenções “Monitorizar dor” (recorrendo à escala que melhor se adapta à situação do doente), e “Vigiar Dor”.

Em contexto de cuidados pós-anestésicos o registo da avaliação de dor e intervenções farmacológicas e não farmacológicas planeadas e realizadas é realizado através da aplicação informática *BSimple - Patient Care*.

O registo deve ser realizado:

- a) no momento da avaliação inicial
- b) pelo menos uma vez por turno

c) quando se procede à reavaliação dos doentes e à monitorização dos efeitos resultantes da terapêutica, segundo os seguintes princípios:

- Pelo menos 10 minutos após administração de analgesia endovenosa ou outra via não convencional (epidural/perineural)
- 1 hora após a administração de um fármaco por via oral ou uma intervenção não farmacológica;
- Sempre que exista uma agudização ou uma dor de novo (caracterização, localização, intensidade, ritmo e irradiação).

NOTA: O registo da administração de fármacos analgésicos é efetuado no GHAF, exceto na UCPA onde se recorre ao *BSimple - Patient Care* para a realização dos registos clínicos.

Pontuações ≥ 3 nas escalas Visual Analógica, Numérica e Expressões Faciais implica o planeamento e execução de um conjunto de intervenções de acordo com os fluxogramas em anexo. No Sclínico estas pontuações correspondem ao status Dor em grau moderada, Dor em grau elevado e Dor em grau muito elevado. No caso da aplicação da escala Qualitativa aplica-se sempre que se verifique dor. Perante a heteroavaliação e no recurso à escala PAINAD esta exigência só se aplica em pontuações ≥ 1 enquanto que na escala BPS em pontuações ≥ 4

Nos casos de uso de técnicas de analgesia não convencionais como as bombas perfusoras PCA (*Patient Controlled Analgesia*), analgesia epidural ou intratecal, DIB – dispositivos de perfusão portáteis, deve ser aplicado o protocolo respetivo em que se avalia a dor e eventual sedação associada, fazendo evidência no mesmo no SClínico.

A reavaliação da dor pode ser efetuada de uma forma menos regular nos doentes com dor crónica estabilizada e controlada ou para os doentes com dor controlada, sem efeitos adversos, nas 24 horas que precederam à avaliação.

Deve sempre ser garantida a comunicação de resultados da avaliação da dor aos membros da equipa multidisciplinar, mesmo que se verifique transferência para outras áreas de prestação de cuidados.

Os profissionais de saúde devem assegurar os registos das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças de acordo com os Procedimentos PI.■■■■.069 e PI.■■■■.041.

No Sclínico no módulo de enfermagem e no *BSimple – Patient Care* estão disponíveis um conjunto de intervenções não farmacológicas que podem ser planeadas, para execução de acordo com a situação clínica do doente e os recursos existentes.

Em doentes com Diagnósticos de Enfermagem de Dor e de Potencial para melhorar o conhecimento deve ser avaliada a intervenção “Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor” e de acordo com a mesma proceder ao planeamento das intervenções tendo em conta o definido no guia de ensino específico FI.■■■■.503.

7. ANEXOS

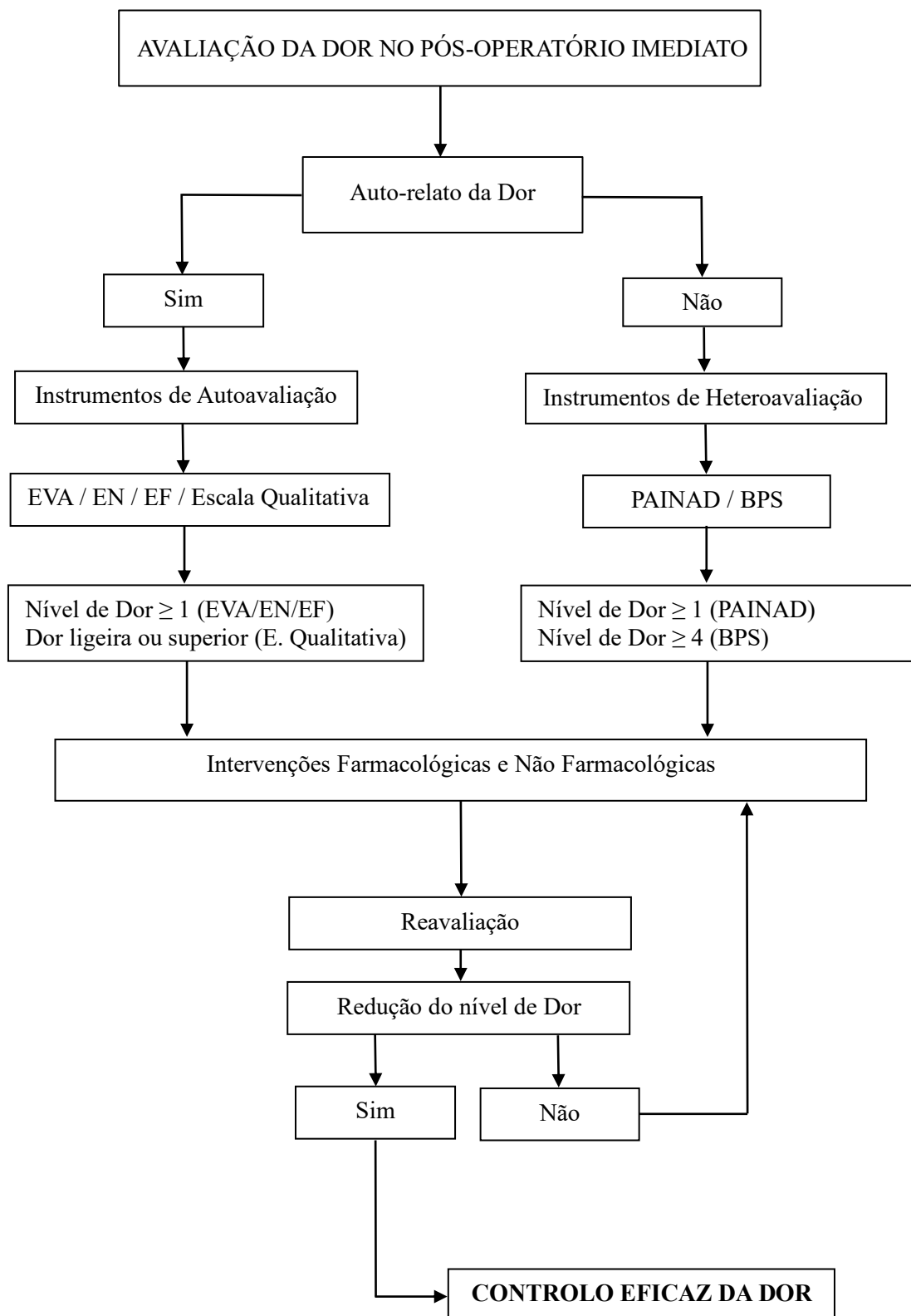
- Anexo 1 – Fluxograma de avaliação da dor no Internamento
- Anexo 2 – Fluxograma de avaliação da dor no Ambulatório
- Anexo 3 – Fluxograma de avaliação da dor na Urgência
- Anexo 4 – Fluxograma de avaliação da dor na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

APÊNDICE XI

FLUXOGRAMA: AVALIAÇÃO DA DOR NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS

ANEXO IV

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DA DOR NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS



ANEXOS

ANEXO I

*REVISED STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT REPORTING EXCELLENCE
SQUIRE 2.0*

**Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0)
September 15, 2015**

Text Section and Item Name	Section or Item Description
Notes to authors	<ul style="list-style-type: none"> • The SQUIRE guidelines provide a framework for reporting new knowledge about how to improve healthcare • The SQUIRE guidelines are intended for reports that describe system level work to improve the quality, safety, and value of healthcare, and used methods to establish that observed outcomes were due to the intervention(s). • A range of approaches exists for improving healthcare. SQUIRE may be adapted for reporting any of these. • Authors should consider every SQUIRE item, but it may be inappropriate or unnecessary to include every SQUIRE element in a particular manuscript. • The SQUIRE Glossary contains definitions of many of the key words in SQUIRE. • The Explanation and Elaboration document provides specific examples of well-written SQUIRE items, and an in-depth explanation of each item. • Please cite SQUIRE when it is used to write a manuscript.
Title and Abstract	
1. Title	Indicate that the manuscript concerns an initiative to improve healthcare (broadly defined to include the quality, safety, effectiveness, patient-centeredness, timeliness, cost, efficiency, and equity of healthcare)
2. Abstract	<ol style="list-style-type: none"> a. Provide adequate information to aid in searching and indexing b. Summarize all key information from various sections of the text using the abstract format of the intended publication or a structured summary such as: background, local problem, methods, interventions, results, conclusions
Introduction	<i>Why did you start?</i>
3. Problem Description	Nature and significance of the local problem
4. Available knowledge	Summary of what is currently known about the problem , including relevant previous studies

5. <u>Rationale</u>	Informal or formal frameworks, models, concepts, and/or <u>theories</u> used to explain the <u>problem</u> , any reasons or <u>assumptions</u> that were used to develop the <u>intervention(s)</u> , and reasons why the <u>intervention(s)</u> was expected to work
6. Specific aims	Purpose of the project and of this report
Methods	<i>What did you do?</i>
7. <u>Context</u>	Contextual elements considered important at the outset of introducing the <u>intervention(s)</u>
8. <u>Intervention(s)</u>	a. Description of the <u>intervention(s)</u> in sufficient detail that others could reproduce it b. Specifics of the team involved in the work
9. Study of the Intervention(s)	a. Approach chosen for assessing the impact of the <u>intervention(s)</u> b. Approach used to establish whether the observed outcomes were due to the <u>intervention(s)</u>
10. Measures	a. Measures chosen for studying <u>processes</u> and outcomes of the <u>intervention(s)</u> , including rationale for choosing them, their operational definitions, and their validity and reliability b. Description of the approach to the ongoing assessment of contextual elements that contributed to the success, failure, efficiency, and cost c. Methods employed for assessing completeness and accuracy of data
11. Analysis	a. Qualitative and quantitative methods used to draw <u>inferences</u> from the data b. Methods for understanding variation within the data, including the effects of time as a variable
12. Ethical Considerations	<u>Ethical aspects</u> of implementing and studying the <u>intervention(s)</u> and how they were addressed, including, but not limited to, formal ethics review and potential conflict(s) of interest
Results	<i>What did you find?</i>
13. Results	a. Initial steps of the <u>intervention(s)</u> and their evolution over time (<i>e.g.</i> , time-line diagram, flow chart, or table), including modifications made to the intervention during the project b. Details of the <u>process</u> measures and outcome c. Contextual elements that interacted with the <u>intervention(s)</u> d. Observed associations between outcomes, interventions, and relevant contextual elements e. Unintended consequences such as unexpected benefits, problems, failures, or costs associated with the <u>intervention(s)</u> . f. Details about missing data
Discussion	<i>What does it mean?</i>
14. Summary	a. Key findings, including relevance to the <u>rationale</u> and specific aims b. Particular strengths of the project

15. Interpretation	<ul style="list-style-type: none"> a. Nature of the association between the intervention(s) and the outcomes b. Comparison of results with findings from other publications c. Impact of the project on people and systems d. Reasons for any differences between observed and anticipated outcomes, including the influence of context e. Costs and strategic trade-offs, including opportunity costs
16. Limitations	<ul style="list-style-type: none"> a. Limits to the generalizability of the work b. Factors that might have limited internal validity such as confounding, bias, or imprecision in the design, methods, measurement, or analysis c. Efforts made to minimize and adjust for limitations
17. Conclusions	<ul style="list-style-type: none"> a. Usefulness of the work b. Sustainability c. Potential for spread to other contexts d. Implications for practice and for further study in the field e. Suggested next steps
Other information	
18. Funding	Sources of funding that supported this work. Role, if any, of the funding organization in the design, implementation, interpretation, and reporting

Table 2. Glossary of key terms used in SQUIRE 2.0. This Glossary provides the intended meaning of selected words and phrases as they are used in the SQUIRE 2.0 Guidelines. They may, and often do, have different meanings in other disciplines, situations, and settings.

Assumptions

Reasons for choosing the activities and tools used to bring about changes in healthcare services at the [system](#) level.

Context

Physical and sociocultural makeup of the local environment (for example, external environmental factors, organizational dynamics, collaboration, resources, leadership, and the like), and the interpretation of these factors (“sense-making”) by the healthcare delivery professionals, patients, and caregivers that can affect the effectiveness and [generalizability](#) of [intervention\(s\)](#).

Ethical aspects

The value of [system](#)-level [initiatives](#) relative to their potential for harm, burden, and cost to the stakeholders. Potential harms particularly associated with efforts to improve the quality, safety, and value of healthcare services include [opportunity costs](#), invasion of privacy, and staff distress resulting from disclosure of poor performance.

Generalizability

The likelihood that the [intervention\(s\)](#) in a particular report would produce similar results in other settings, situations, or environments (also referred to as external validity).

Healthcare improvement

Any systematic effort intended to raise the quality, safety, and value of healthcare services, usually done at the [system](#) level. We encourage the use of this phrase rather than “quality improvement,” which often refers to more narrowly defined approaches.

Inferences

The meaning of findings or data, as interpreted by the stakeholders in healthcare services – improvers, healthcare delivery professionals, and/or patients and families

Initiative

A broad term that can refer to organization-wide programs, narrowly focused projects, or the details of specific interventions (for example, planning, execution, and assessment)

Internal validity

Demonstrable, credible evidence for efficacy (meaningful impact or change) resulting from introduction of a specific intervention into a particular healthcare [system](#).

Intervention(s)

The specific activities and tools introduced into a healthcare [system](#) with the aim of changing its performance for the better. Complete description of an intervention includes its inputs, internal activities, and outputs (in the form of a logic model, for example), and the mechanism(s) by which these components are expected to produce changes in a [system's](#) performance.

Opportunity costs

Loss of the ability to perform other tasks or meet other responsibilities resulting from the diversion of resources needed to introduce, test, or sustain a particular [improvement](#) initiative

Problem

Meaningful disruption, failure, inadequacy, distress, confusion or other dysfunction in a healthcare service delivery [system](#) that adversely affects patients, staff, or the [system](#) as a whole, or that prevents care from reaching its full potential

Process

The routines and other activities through which healthcare services are delivered

Rationale

Explanation of why particular [intervention\(s\)](#) were chosen and why it was expected to work, be sustainable, and be replicable elsewhere.

Systems

The interrelated structures, people, [processes](#), and activities that together create healthcare services for and with individual patients and populations. For example, systems exist from the personal self-care system of a patient, to the individual provider-patient dyad system, to the microsystem, to the macrosystem, and all the way to the market/social/insurance system. These levels are nested within each other.

Theory or theories

Any “reason-giving” account that asserts causal relationships between variables (causal theory) or that makes sense of an otherwise obscure [process](#) or situation (explanatory theory). Theories come in many forms, and serve different purposes in the phases of [improvement](#) work. It is important to be explicit and well-founded about any informal and formal theory (or theories) that are used.