

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

ANO LETIVO 2022/2023

RELATÓRIO FINAL

**DOR EM CONTEXTO DE SESSÃO DE HEMODIALISE – PROJETO DE
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

Rita Alexandra Brás Rodrigues

Docente Orientador: Professora Doutora Cristina Raquel Batista Costeira

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

Leiria, 29 de setembro de 2023

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

ANO LETIVO 2022/2023

RELATÓRIO FINAL
**DOR EM CONTEXTO DE SESSÃO DE HEMODIALISE – PROJETO DE
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

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

Rita Alexandra Brás Rodrigues n. °5200106

Docente Orientador: Professora Doutora Cristina Raquel Batista Costeira

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

Leiria, 29 de setembro de 2023

“Os sonhos são como uma bússola, indicando os caminhos que seguiremos e as metas que queremos alcançar. São eles que nos impulsionam, nos fortalecem e nos permitem crescer”.

Augusto Cury (2004).

AGRADECIMENTOS

Findada mais esta etapa do meu percurso académico, que além do conhecimento adquirido me permitiu cruzar e conhecer pessoas extraordinárias, e evoluir enquanto profissional, mas também enquanto pessoa, gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Cristina Raquel Costeira pela orientação que proporcionou, pela compreensão, disponibilidade, apoio, incentivo, motivação e pela partilha do seu saber.

A todos os meus colegas, que me apoiaram e ajudaram ao longo desta etapa, possibilitando a sua conclusão.

A todos os colegas que durante os ensinamentos clínicos, disponibilizaram o seu tempo na minha orientação e partilharam o seu conhecimento comigo.

Ao meu marido, o meu pilar neste percurso.

Aos meus pais que me deram suporte de retaguarda durante esta etapa.

À Constança, pelo tempo que não tive presente.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

AINE's – Anti-Inflamatório Não Esteroide

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-UCI - *Confusion Assessment Method-ICU*

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COVID-19 - *Coronavirus disease 19*

CVC – Cateter Venoso Central

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNR – Decisão Não Reanimar

DRC – Doença Renal Crónica

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

ERC - Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPSC – Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ERI - Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

HD - Hemodiálise

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP - *International Association for the Study of Pain*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISBAR - Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

ITEAMS – *Tool for Emergency Alert Medical System*

MR – Médico Regulador

MRSA - *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

NAS – *Nursing Activities Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAINAD - *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PE – Plano de Emergência

PH – Pré-Hospitalar

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

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

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

RASS - *Richmond Agitation Sedation Scale*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico 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

SQUIRE - *Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UPP – Úlcera Por Pressão

TISS - *Therapeutic Intervention Score System*

TOT – Tubo Orotraqueal

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, com os objetivos de evidenciar e descrever o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos que decorreram em diferentes contextos de prática clínica (Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva, Emergência Pré-hospitalar) e descrever projeto de melhoria contínua da qualidade desenvolvido em contexto de trabalho, apresentado em estrutura de artigo.

O relatório foi dividido em duas partes: na primeira parte, onde serão abordadas as competências desenvolvidas e adquiridas em contexto de prática clínica, identificando também as dificuldades sentidas no desenvolvimento das mesmas. A segunda parte é composta por um projeto de melhoria contínua da qualidade, que permite o desenvolvimento de competências na área da investigação em Enfermagem.

O projeto de melhoria contínua da qualidade, foi desenvolvido numa clínica de hemodiálise (HD) da região centro do país e que se desenhou em três fases: 1) diagnóstico; 2) implementação de intervenções; 3) avaliação das mesmas. Inicialmente foram auscultados 75 utentes com objetivo de recolher informação sobre questões sociodemográficas e caracterizadoras da dor. Com a fase diagnóstica da situação concluída, foi elaborado um protocolo de avaliação de dor, a aplicar durante a sessão de HD, apresentado à equipa em sessão de formação e posteriormente implementado. Com o objetivo de avaliar a satisfação da equipa de enfermeiros, sobre as medidas implementadas, a mesma foi auscultada, através do preenchimento de um questionário. Na última fase do projeto, verificou-se que dos 13 enfermeiros auscultados 100% considerou importante a existência do protocolo de avaliação de dor, obtendo-se uma média de satisfação de $\pm 7,92$ (escala de 0-10).

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Perfil de Competências do Enfermeiro; Dor; Doença Renal Crónica; Hemodiálise

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Nursing for the Person in Critical Situation, at the Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, with the aim of highlighting and describing the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for the Person in a Critical Situation, during the clinical teachings that took place in the different contexts of clinical practice (Emergency Service, Intensive Care Medicine Service, Pre-Hospital Emergency).

The report is divided into two parts: in the first part, the skills developed and acquired in the context of clinical practice will be addressed, also identifying the difficulties experienced in their development. The second part is composed of a continuous quality improvement project, which allows the development of competences in the field of nursing research.

The continuous quality improvement project was developed in a hemodialysis clinic in the central region of the country and was designed in three phases: 1) diagnosis; 2) implementation of interventions; 3) evaluation of interventions. Initially, 75 users were consulted in order to collect information on sociodemographic and pain-characterizing issues. With the situation's diagnosis phase completed, a pain assessment protocol was developed, to be applied during the HD session, presented to the team in a training session and subsequently implemented. In order to assess the satisfaction of the nursing team regarding the implemented measures, it was heard by filling out a questionnaire. In the last phase of the project, it was verified that of the 13 nurses consulted, 100% considered the existence of the pain assessment protocol to be important, and an average of professional satisfaction of ± 7.92 (scale of 0-10) was obtained with interventions developed, which shows high levels of satisfaction.

Keywords: Nursing Care; Specialist Nurse; Nurse Skills Profile; Pain; Chronic Kidney Disease; haemodialysis

ÍNDICE

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NOS ENSINOS CLÍNICOS	
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM	16
1.1. ENSINO CLÍNICO – SERVIÇO DE URGÊNCIA	16
1.2. ENSINO CLÍNICO- SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA	18
1.3. ENSINO CLÍNICO – EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	21
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
2.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional, Ética e Legal	25
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	30
2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados	33
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	36
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	37
2.2.1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	38
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	43
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 à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas..	45
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	
1. DOR EM CONTEXTO DE SESSÃO HEMODIÁLISE: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	50
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	

APÊNDICE I - FORMAÇÃO EM SERVIÇO “FEIXES DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO UTENTE

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO EQUIPA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE IV – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS UTENTE

APÊNDICE V – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS EQUIPA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE VI – FORMAÇÃO EM SERVIÇO “DOR NO DOENTE COM DRC: PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO”

APÊNDICE VII – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE DOR DURANTE A SESSÃO DE HEMODIÁLISE

ANEXOS

ANEXO I – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica dos Doentes	55
Tabela 2 - Caracterização Clínica dos Doentes	56
Tabela 3 - Caracterização de Dor Diária no Doente	57
Tabela 4 - Caracterização de Dor durante a Sessão de Hemodiálise	58
Tabela 5 - Caracterização Profissional da Amostra de Enfermeiros	59
Tabela 6 - Avaliação da Satisfação dos Enfermeiros	60
Tabela A1 - <i>Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence</i>	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Visão Geral das Fases do Estudo	54
---	----

INTRODUÇÃO

Atualmente, a rápida evolução que se faz sentir a nível técnico e científico, e as mudanças que continuamente ocorrem na população, com um aumento crescente da sua exigência face aos cuidados que lhe são direcionados, desafiam os enfermeiros a uma atualização constante de conhecimentos e aperfeiçoamento dos seus cuidados. Neste contexto, revela-se fundamental que exista por parte destes, uma atualização constante, de forma a desenvolverem uma prática profissional mais especializada, indo de encontro às exigências e necessidades da pessoa, família ou comunidade, permitindo proporcionar cuidados de enfermagem personalizados, especializados e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

A qualidade dos cuidados de saúde assenta em várias premissas, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, aceitabilidade, acessibilidade, prestação no momento adequado, eficiência e efetividade, determinando a qualidade global e contribuindo para o aumento da confiança em todas as organizações de saúde. Enquanto Enfermeiros Especialistas (EE) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EPSC), segundo o Regulamento n.º 429/2018 (OE, 2018) o EE deve mobilizar os seus conhecimentos para promover e desenvolver intervenções especializadas com o intuito de aumentar a segurança do doente, promover a qualidade dos cuidados e deste modo, produzir ganhos em saúde.

A procura pela melhoria da qualidade dos cuidados, deve ser uma das inquietações diárias dos enfermeiros, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019a) no que diz respeito à dimensão da melhoria da qualidade, o enfermeiro deve mobilizar um conjunto de estratégias e competências de forma a criar um ambiente seguro e propício à prestação de cuidados de qualidade. Este deve desenvolver um conjunto de competências de desenvolvimento do autoconhecimento e heterconhecimento, de forma, a estabelecer uma relação com o outro, e desenvolver a sua prática clínica em robustos conhecimentos científicos.

A elaboração do presente relatório enquadra-se no âmbito da realização do Curso de Mestrado em EPSC, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, encontrando-se integrado na Unidade Curricular “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com Relatório”. A sua realização visa a obtenção do grau de Mestre e do título de EE em Enfermagem Médico-cirúrgica, de acordo com o Despacho n.º 8925 do Instituto Politécnico de Leiria, de 17 de setembro de 2020.

Este documento tem por objetivos: caracterizar os diferentes contextos da prática clínica; descrever e refletir criticamente sobre as experiências vivenciadas em Ensino Clínico (EC) que

contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC); descrever um projeto de melhoria contínua sobre “Dor em contexto de sessão de Hemodiálise”.

Estruturalmente é constituído por duas partes distintas. Na primeira parte faz-se a descrição e caracterização dos locais de estágio onde foram desenvolvidas competências (Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva e Emergência Pré-hospitalar [PH]) e a descrição do percurso de aquisição de competências comuns e específicas do EE na área da PSC, através de uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e os resultados obtidos.

Os cuidados desenvolvidos nestes três contextos tiveram como referencial teórico de Afaf Meleis e a Teoria das Transições. Segundo este referencial, todos nós vivenciamos processos, designados de transições, que resultam da passagem de um estado relativamente estável para outro, como resultado de um evento crítico (Meleis, 2010). A autora define quatro tipos de transições: desenvolvimento, situacional, saúde/doença e organizacional. Nestas é exigido que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e, assim, modifique o conceito de si mesmo integrado num contexto social.

A PSC encontra-se a vivenciar um processo de Transição de saúde/doença, onde predomina a imprevisibilidade face ao processo de doença e à incerteza da resposta terapêutica. O doente encontra-se num estado de fragilidade e vulnerabilidade que acomete a sua existência, a sua individualidade e singularidade (Mendes, 2020). A doença aguda apresenta-se como um acontecimento único e súbito na vida do doente e sua família, que acarreta alterações nos seus projetos de vida ou que constitui uma ameaça à sua sobrevivência. Nestes processos tanto o doente como a sua família se encontram em processo transicional, onde o doente se encontra a vivenciar uma transição de saúde/doença e a família vivencia uma transição situacional (Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010) o enfermeiro possui um papel preponderante no processo de transição em que se encontra o doente e família, através do planeamento de intervenções que sejam facilitadoras de tornar este processo mais fácil de presenciar e possibilitar o seu regresso à normalidade. O EE pelo conhecimento e competências que detém e lhe são reconhecidas, deve mobilizar os seus conhecimentos na identificação das necessidades do doente e sua família, de forma ser um agente facilitador no processo de adaptação, mobilizando recursos e identificando estratégias.

A segunda parte é constituída por um projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, realizado numa clínica de hemodiálise. O projeto é apresentado neste relatório através da estrutura de artigo científico com o objetivo de ser submetido à Revista *Nursing Reports*. A escolha desta revista recaiu pelo facto de esta se encontrar indexada na *Scopus* e por ter apresentado em 2022 um Fator de Impacto de 2,4 a acrescer ao facto de estar disponível em *open access*. Para a realização do projeto foram respeitadas as regras da SQUIRE2.0 (*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*).

A escolha da temática, teve por base motivações pessoais e profissionais, uma vez que a dor acarreta consequências nefastas quer para o doente quer para a sua família, trazendo implicações diretas no seu conforto e bem-estar. Também o facto de se exercerem funções numa clínica de HD, onde são visualizadas as repercussões da dor no doente submetido a tratamento dialítico, com consequências diretas no seu conforto, bem-estar físico e emocional. A OE no seu Regulamento n.º 429/2018 anexo 1 (2018), refere que EE em enfermagem médico-cirúrgica na área do doente crítico, devêem deter competências relacionadas com a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicológico e espiritual nas respostas às necessidades da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, e na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) (2020) reviu em 2020 a definição de Dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual ou potencial. A dor é considerada um problema de saúde pública, estima-se que 30% da população mundial sofra de dor, exercendo uma enorme pressão sobre os serviços de saúde (Ashmawi, 2020). O fenómeno de dor acarreta consequências negativas não só para o próprio doente, como para a sua família e consequentemente na sociedade em geral, na medida que em apresenta um indeterminável impacto socioeconómico.

A gestão eficaz de dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar. Todavia, a OE (2008) reforça que os enfermeiros pela proximidade e contacto frequente com os doentes, são elementos fundamentais na implementação de intervenções para a gestão eficaz de dor, reduzindo o sofrimento associado a esta.

Neste sentido a Direção-Geral da Saúde (DGS), equiparou a dor a 5.º sinal vital (2003), refere que deve ser avaliada e registada a intensidade da dor, de forma regular, à semelhança dos restantes sinais vitais. O seu registo é um dever do profissional de saúde e um direito do doente,

é um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde. No entanto, Allen et al. (2018) advertem que a dor é difícil de ser mensurada, por estar relacionada com experiências individuais e subjugada a uma multiplicidade de variáveis. Os mesmos autores referem que a dor deve ser acreditada, avaliada e tratada de forma sistematizada e rigorosa.

Em sintonia com as orientações emanadas pela DGS, a OE em 2008 desenvolveu um guia orientador designado “Dor – Guia orientador de Boa Prática”, onde concebe alguns princípios orientadores para a avaliação e controlo da dor, sendo os principais: toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor; a dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica; a perceção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa; a avaliação e controlo da dor exigem formação contínua; a avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação; o controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar; a dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida; entre outros (OE, 2008).

A dor é um fator desgastante e limitativo nos doentes com DRC em sessão de HD. No estudo de Pozo et al. (2017) sobre doentes com DRC demonstrou que 69% dos doentes apresentaram dor intensa, desvalorizada e não tratada eficazmente. Cabe aos enfermeiros durante a sessão de HD estarem alerta para esta problemática, identificar e avaliar as necessidades de cada doente e orientar a sua prática para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, ajudando a amenizar a sua dor.

A pertinência deste projeto surge não só da pesquisa bibliográfica efetuada, mas também de uma reflexão pessoal e de toda a equipa de enfermagem, onde se identificou que ainda existia uma desvalorização de dor no doente com DRC, associado ao facto de não existir um protocolo de avaliação de dor implementado no serviço.

Este relatório foi redigido segundo o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, de acordo com o novo acordo ortográfico e as normas da *American Psychological Association* (7ª edição).

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Os EC conferem um papel importante no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, acrescentando um maior número de experiências em contexto de prática clínica, permitem uma maior interação entre o conhecimento teórico e a prática clínica. Sendo que, os EC contribuem para o desenvolvimento do pensamento crítico e proporcionam momentos de reflexão essenciais para o desenvolvimento de competências enquanto EE. Esteves et al. (2018) referem que os EC constituem momentos essenciais de aprendizagem pois possibilitam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como incitam o raciocínio crítico e a tomada de decisão fundamentais para um desempenho autónomo e eficaz. Também Soares (2021) salienta que em Enfermagem a construção do conhecimento e dos saberes está alicerçada na prática clínica, onde os diferentes momentos de aprendizagem invocam as nossas emoções, conhecimentos e atitudes.

A escolha dos locais EC recaiu essencialmente pela sua localização geográfica, motivações pessoais relacionadas com a aquisição de conhecimentos na área da emergência PH e de trauma, e a capacidade de cada instituição receber estudantes para a realização do EC.

No decorrer deste capítulo, pretende-se caracterizar os contextos de prática clínica, onde decorreram os EC, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns e especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica e sua família.

1.1. ENSINO CLÍNICO - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O EC decorreu no serviço de urgência básica de um Hospital da região Centro do país, entre os dias 23 de maio de 2022 e 29 de julho de 2022, com um total de 180 horas.

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2022 do Ministério da Saúde (2022) os serviços de urgência (SU) são serviços multidisciplinares e multiprofissionais, tinha como objetivo prestar cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica. O serviço onde foi realizado o EC era classificado como sendo um serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC), segundo a DGS na Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (2001), apesar de não possuir todas as valências preconizadas para

um SUMC, nomeadamente Unidade de Cuidados Intensivos e diálise para situações agudas. Esta inexistência era colmatada pela proximidade geográfica com um SU Polivalente da região centro do país.

O serviço preconizava uma atuação centrada no doente, onde o objetivo central era prestar cuidados de saúde à população em geral, acessíveis em tempo oportuno. Tendo como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde.

O SU situava-se no piso -1, piso comum com o bloco operatório e o serviço de cirurgia de ambulatório. Era composto por: duas salas de triagem; uma área de clínica geral onde existiam dois gabinetes médicos e uma sala de tratamentos; uma sala dedicada aos doentes de medicina e um serviço de observação; uma sala dedicada aos doentes de cirurgia e outra de ortopedia, e uma sala de emergência (SE).

O circuito do doente, após inscrição no SU (exceção para as entradas de emergência) era observado por um enfermeiro que através do Sistema de Triagem de *Manchester*, baseado na Norma n.º 002/2018 da DGS estabelecia o nível de priorização de cuidados. Segundo a DGS (2018) a triagem deve ser realizada por médico e/ou enfermeiro, sendo obrigatório deterem o curso de Triagem de *Manchester*. Consoante o fluxograma e a prioridade atribuída pelo sistema, o doente era encaminhado para a sala de espera da respetiva área de atendimento, ou seja, para a área de clínica geral, medicina, ortopedia, cirurgia ou SE.

A SE dispunha de um espaço e equipamentos que permitiam cuidar simultaneamente de dois doentes em situação crítica. A sua entrada era realizada pela porta principal do SU, o que implicava passar pela sala de espera e pelo corredor do SU, que normalmente se encontrava lotado com macas. Esta contingência a nível da estrutura física do SU, não cumpria o preconizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que recomenda a existência de um acesso direto à SE (ACSS, 2019).

No serviço desenvolviam funções uma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, assistentes técnicas, técnicos de diagnóstico, entre outros. A equipa de enfermagem era composta por 35 enfermeiros, distribuídos por três turnos de 8h (noite/manhã/tarde). Sendo responsabilidade da enfermeira gestora a gestão dos recursos materiais e humanos, a distribuição em cada turno, dos enfermeiros por cada área de trabalho e designar um dos elementos para funções de coordenação de turno.

Para uma dotação adequada e segura dos cuidados, a OE, no seu regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem (2019b) para o SU recomenda que 50% dos enfermeiros que constituem a equipa sejam EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da EPSC. A constituição da equipa não vai de encontro ao preconizado, por carência de especialistas em funções, existindo apenas 35% dos enfermeiros com título de especialista. Contudo existia um cuidado na alocação do EE no posto de trabalho relativo à SE.

O método de trabalho no serviço era o método individual, em que cada enfermeiro era distribuído pelas diferentes áreas de trabalho. Segundo Ventura-Silva et al. (2021) este método de trabalho preconiza que cada enfermeiro, durante o seu turno, assuma a total responsabilidade pela assistência a um grupo de doentes. De acordo, com a distribuição da equipa de enfermagem pelas diferentes áreas de trabalho do SU, este torna-se o método de trabalho mais adequado. As dimensões reduzidas de cada área de trabalho, potenciam este método de trabalho. Contudo, quando uma das áreas se encontra mais lotada, o enfermeiro responsável pela mesma fica mais sobrecarregado. Todavia, ao longo do EC denotou-se um espírito de entre ajuda entre os vários elementos da equipa.

Os registos de enfermagem eram realizados no sistema informático *Sclinico*[®] e GHAF[®]. O sistema informático *Sclinico*[®] permite dar visibilidade às intervenções autónomas de enfermagem e utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Segundo os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, o *Sclinico*[®] permite uma uniformização dos registos clínicos, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diferentes áreas de cuidados e a sistematização dos mesmos, permite, ainda, homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficazes e eficientes (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2020).

1.2. ENSINO CLÍNICO - SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

O EC no serviço de medicina intensiva (SMI), foi desenvolvido no período compreendido entre 12 de setembro de 2022 e 25 de novembro de 2022.

Segundo ACSS, os SMI “destinam-se à observação e tratamento de doentes em situação crítica, mas potencialmente reversível, carecendo de monitorização e apoio das funções vitais, onde são tratados em horário contínuo por pessoal médico e de enfermagem especializado” (ACSS, 2013, p. 2).

O SMI, detinha esta designação desde outubro de 2019, anteriormente era designado por Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Recebia doentes provenientes do centro hospitalar em que se inseria, da sua área de influência, ou de outras áreas cujos respetivos hospitais não conseguissem dar resposta às necessidades. Tinha como missão prestar cuidados de saúde especializados em situação de doença aguda, potencialmente reversível e/ou com falência de uma ou mais funções vitais iminente ou estabelecida, podendo esta atividade ser exercida em várias áreas do hospital, nomeadamente com a atividade da Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar (ERI) e *outreach*. O serviço admitia maioritariamente doentes do foro médico e cirúrgico, numa média de 550 a 600 doentes por ano, num período aproximado de 4 dias de internamento.

A ACSS (2013) recomenda que os SMI detenham uma relação de continuidade com os serviços com os quais se relacionam diretamente, nomeadamente o bloco operatório e as unidades de cuidados pós-anestésicos, a imagiologia e com os serviços de urgência. Esta unidade não possuía esta relação de continuidade direta, mas tal facto era minimizado pela existência de um elevador interno exclusivo para uso de profissionais.

O SMI encontrava-se preparado com camas de nível II e nível III. Segundo Paiva et al. (2017) camas de nível II são aquelas que se encontram destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva; e camas de nível III são aquelas destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgão vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico.

Atualmente, encontrava-se dividido em 3 áreas: UCIP 1, UCIP 2 e a UCIP 3. A UCIP 1 constituída por 6 camas nível III, sendo uma destas num quarto de isolamento com adufa e sistema de pressão negativa; a UCIP 2 com 6 camas nível II e a UCIP 3 que foi criada para responder às necessidades emergentes durante a pandemia *Coronavirus disease 19* (COVID-19), com 12 camas de nível II e nível III.

No que diz respeito à estrutura física, a UCIP 1 era constituída por uma sala ampla, em estrutura de *open space* que permitia uma vigilância e monitorização contínua dos doentes, com janelas grandes para o exterior o que possibilita a entrada de luz natural, uma vez que esta, permite manter o ritmo do sono, sendo este muito importante na recuperação do doente crítico (Prayce et al., 2018). O facto de ser uma sala em *open space* permitia que os profissionais tivessem contacto visual constante com os doentes, o que minimiza o risco de acidentes (ex: quedas,

auto-extubação, remoção de dispositivos invasivos, etc.). Esta era composta por 6 unidades, sendo que cada uma delas estava equipada com ventilador, monitores que permitiam a monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva do doente, monitorização eletrocardiográfica e respiratória, rampas de oxigénio, aspiração e vácuo, sistemas de infusão e perfusão. Em cada unidade existia também uma mesa de apoio com o material necessário à prestação de cuidados, para rentabilizar tempo.

A UCIP 2 era constituída por 2 salas separadas fisicamente, denominadas UCIP 2 e UCIP 2A, uma composta por 4 camas e outra por 2 camas respetivamente. Cada uma delas com monitorização eletrocardiográfica, monitorização hemodinâmica não invasiva e monitorização respiratória. Sendo que a UCIP 2A, podia ser transformada e alocar camas de nível III, se necessário. Quando estas 2 salas se encontram na sua capacidade total ocupada, existia um enfermeiro que dava apoio a 2 doentes da UCIP 2A. Facto que cumpria o preconizado pelo rácio enfermeiro/doente para camas nível II, 3 doentes para 1 enfermeiro (Paiva et al., 2017). Esta separação, apesar de cumprir rácios, exigia um esforço acrescido por parte dos enfermeiros na vigilância, monitorização e prestação de cuidados, diminuindo a segurança dos doentes.

A UCIP 3 era composta por 12 camas, totalmente equipadas com ventilador invasivo, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, monitorização eletrocardiográfica e respiratória, preparadas para receber doentes nível II e III. Foi concebida durante a pandemia por COVID-19, de forma a dar resposta às necessidades do centro hospitalar e chegou a alocar doentes provenientes de outras zonas do país, mas durante o EC encontrava-se encerrada.

A equipa multiprofissional do SMI era constituída por 8 médicos, 44 enfermeiros (8 encontram-se ausentes do serviço por motivos diversos), 13 assistentes operacionais e uma assistente técnica. Ainda tinha atribuída 1 fisioterapeuta, 1 farmacêutica e 1 microbiologista de apoio. Os enfermeiros eram distribuídos pelos turnos da manhã/tarde/noite, de forma a cumprir o rácio enfermeiro/doente de 1/2 para doentes em cama nível III e 1/3 para doentes em cama nível II, indo de encontro ao preconizado pelo Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019b). Desta forma, estavam distribuídos: 6/7 elementos no turno da manhã, sendo que 1 destes era o enfermeiro coordenador; 7 enfermeiros no turno da tarde e 6 no turno da noite. Em todos os turnos, um dos elementos, acumulava funções na ERI. No turno da tarde e noite um dos elementos assumia simultaneamente funções de prestação de cuidados e funções de coordenador de turno.

A OE (2019b) recomenda também, que 50% dos elementos que compõem a equipa de enfermagem sejam EE preferencialmente na área da EPSC, o que não se verificava na equipa de enfermagem, pois existiam apenas 6 EE na área da EPSC, o que representa apenas 15% da equipa.

A metodologia de trabalho vigente no SMI era o método individual de trabalho. Em cada turno, o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados aos doentes distribuídos, dando resposta às suas necessidades, valorizando a individualização dos cuidados e a personalização dos mesmos (Ventura-Silva et al., 2021, p. 280). De acordo com as especificidades do serviço, este método de trabalho é entendido como o mais adequado para responder às necessidades dos doentes, utilizando eficazmente e eficientemente os recursos humanos e materiais.

O sistema informático utilizado pelos profissionais de saúde no SMI era o B-UCI.Care desenvolvido pela empresa BSimple[®], para integrar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos. Este é um *software* que reúne em tempo real a informação dos dispositivos conectados ao doente. Segundo a BSimple[®] (2020) essas informações estão em rede, permitindo um acesso rápido aos dados, tornando-o rápido e intuitivo.

1.3. ENSINO CLÍNICO – EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

O EC de opção decorreu no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), numa ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), da região centro do país, no período compreendido entre 10 de janeiro e 21 de março de 2023, perfazendo um total de 180 horas.

O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), existe em Portugal, desde o ano de 1981, sendo constituído por um conjunto de entidades que cooperam entre elas, tendo como objetivo garantir aos doentes a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde, em situações de doença aguda ou acidente. Essas entidades são a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana, o INEM, os bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, os Hospitais e os Centros de Saúde. O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do SIEM no território continental (INEM, 2023).

O INEM tem como principal missão garantir o funcionamento eficaz e o desenvolvimento sustentável do SIEM, pretendendo ser uma organização inovadora, sustentável e de referência na prestação de cuidados de emergência médica PH (INEM, 2020a). A ativação do sistema começa quando alguém liga o número europeu de emergência – 112, as chamadas são atendidas pela PSP, nas centrais de emergência, e sempre que o motivo da chamada se encontra

relacionado com a área da saúde as chamadas são encaminhadas para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) (INEM, 2023). Dependendo da gravidade da situação, os operadores do CODU têm a responsabilidade de acionar os meios de socorro mais indicados e mais próximos do local da ocorrência, providenciando que a vítima seja socorrida rapidamente e com a maior eficácia possível.

O INEM possui diferentes meios de resposta de acordo com a situação de emergência médica, sendo um destes as ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV). As ambulâncias SIV foram desenvolvidas com o objetivo de garantir cuidados de saúde igualmente diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até se encontrar disponível uma equipa com capacidade de Suporte Avançado de Vida (SAV), cuja tripulação tem a possibilidade de administrar fármacos e realizar atos invasivos, mediante protocolos aplicados sob a orientação médica (INEM, 2020b).

Segundo o Despacho n.º 5561/2014 as ambulâncias de SIV são constituídas por um enfermeiro e um técnico de emergência PH, concebida para o transporte com acompanhamento de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência, tem como objetivos a estabilização PH, o transporte de doente crítico e dispõe de equipamento de SIV (Ministério da Saúde, 2014). Atualmente existem em todo o país 42 ambulâncias SIV, 19 na região Norte, 10 na região Centro e 13 na região Sul, agregadas a instituições de saúde.

A ambulância SIV onde foi realizado o EC, encontrando-se integrada num serviço de urgência básica de um hospital da região centro do país, garante uma estreita proximidade e colaboração com as diferentes equipas, numa lógica de partilha de recursos. Quando solicitado, a equipa da SIV, colabora na prestação de cuidados na SE, coopera na estabilização do doente crítico e realiza o seu transporte para unidades hospitalares com maior grau de diferenciação.

Quer o material de consumo clínico que suporta a operacionalidade da ambulância SIV quer a medicação, é fornecido pelo hospital, conforme o preconizado no Despacho n.º 5561/2014 (2014), o demais material é fornecido pelas delegações regionais do INEM. O despacho anterior, refere ainda que todos os aspetos relativos à gestão funcional, coordenação e logística, são desenvolvidos e assegurados pelo INEM, assim como a disponibilização dos equipamentos (fardamento, capacetes, ventilador, monitor/desfibrilhador, entre outros), adstritos ao meio diferenciado.

A equipa de enfermagem da ambulância SIV onde foi realizado o EC é constituída por 7 enfermeiros, sendo apenas dois deles EE na área da PSC. O regulamento n.º 743/2019 da OE,

não define quantos EE devem constituir as equipas que integram as ambulâncias SIV, contudo define que pelo menos um dos enfermeiros que integra a equipa deve possuir a competência diferenciada em emergência PH e que todos os elementos devem possuir formação em SIV (OE, 2019b). Neste sentido, a equipa de enfermagem cumpre as orientações emanadas pela OE.

A ativação da equipa SIV é realizada através de três sinaléticas em simultâneo: envio de um sinal sonoro e outro visual através da aplicação informática de gestão das ocorrências e registo clínico das vítimas *Tool for Emergency Alert Medical System* (ITEAMS[®]), envio de uma mensagem escrita para o telemóvel de serviço e envio de uma mensagem rádio, através da rede Sistema Integrado de Redes de Emergência de Portugal (SIRESP[®]). Ao longo da ocorrência, o CODU acompanha a situação, a operacionalidade e a localização dos meios, através da rede SIRESP[®].

O ITEAMS[®] constitui uma plataforma informática de registos clínicos, desenvolvida pelo INEM, que tem como objetivo facilitar o suporte interativo entre o CODU e os meios que estão no terreno, permitindo estratificar a gravidade clínica das ocorrências e assim contribuir para uma regulação médica mais eficaz nas situações de maior gravidade (INEM, 2022). Ao ser ativada a equipa SIV, aparece nesta aplicação toda a informação disponível sobre a ocorrência, nomeadamente, n.º de ocorrência, data e hora, tipo de situação (doença súbita, trauma, pedido de apoio diferenciado, entre outros).

A abordagem à vítima e a tomada de decisão, pela equipa SIV, era sustentada por protocolos e procedimentos bem definidos pelo Departamento de Emergência Médica. À chegada ao local, a abordagem à vítima era realizada através da metodologia ABCDE (A – *Airway*; B – *Breathing*; C – *Circulation*; D – *Disability*; E – *Exposure*). Após esta avaliação inicial e estabilização da vítima, toda a informação recolhida era transmitida ao Médico Regulador (MR) do CODU, que validava as intervenções interdependentes.

Durante a ocorrência, cabia ao enfermeiro todo processo de tomada de decisão e de liderança, trabalhando em colaboração com Técnico Emergência PH ou outro elemento de emergência, supervisionando a sua atuação. O enfermeiro SIV nunca delega em terceiros, a sua capacidade de liderança, sendo esta competência que torna o enfermeiro SIV, num elemento fulcral da emergência PH e um interveniente crucial em todo o processo de cuidar da PSC.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Nas organizações de saúde, os enfermeiros são considerados um dos mais importantes recursos humanos. Estes têm vindo a desenvolver competências e saberes que lhe permitem dar respostas adequadas em situações complexas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a sua afirmação nas organizações de saúde. Zoromba & El-Gazar (2021) referem que a melhoria da qualidade dos cuidados se encontra relacionado com os princípios do profissionalismo, onde a responsabilidade ética e profissional de todos os enfermeiros, e o empenho na competência profissional contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados. Os mesmos autores, salientam que empenho na competência profissional se traduz numa avaliação e utilização correta dos conhecimentos, das competências técnicas, do raciocínio clínico, da comunicação, dos valores e do repensar a prática diária (Zoromba & El-Gazar, 2021).

O conceito de competência tem emergido nos últimos tempos no seio da Enfermagem. Para Amaral & Figueiredo (2021) o conceito de competência é definido como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação. Zoromba & El-Gazar (2021) referem que competência significa saber como mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, predisposições, procedimentos/técnicas, métodos, processos, recursos, formação, conhecimentos, valores e atitudes, e experiência profissional para a resolução eficaz de determinada situação problemática. A OE (2003) acrescenta que a competência profissional é a capacidade de o enfermeiro praticar, de forma segura e eficaz, a sua responsabilidade profissional, utilizando a análise crítica e reflexiva na resolução de problemas, tomadas de decisão e habilidades essenciais à arte e ciência de enfermagem.

Em Portugal, a OE estruturou as competências inerentes ao EE em duas áreas: as competências comuns do EE, através do Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019; e as competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica na área da PSC, através do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018.

No decorrer do capítulo, serão abordadas através de uma análise crítico-reflexiva, as competências comuns e específicas do EE. A análise crítico-reflexiva permite analisar cada situação de cuidados e enquadrá-la na evidência científica, desenvolver um conhecimento profundo sobre a prestação de cuidados à PSC, refletir sobre os problemas e desafios que revestem atualmente a profissão de enfermagem.

2.1.COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A OE, definiu competências comuns aos EE, como aquelas que são:

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

Ao longo deste capítulo dar-se-á ênfase às competências comuns do EE, que se centram em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; no domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Os enfermeiros na sua prática diária são confrontados com dilemas éticos e deontológicos, que emergem das diferentes situações de cuidados. Em Portugal, a publicação do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, revisto em 2015 pelo Decreto-Lei n.º 156/2015, que aprova o Estatuto da OE, enuncia que a profissão de Enfermagem está provida de um Código Deontológico que constitui um documento jurídico, com função normativa e vinculativa, perante o qual os enfermeiros têm o dever de responder aos compromissos assumidos perante a sociedade, no respeito pela dignidade e vida humana de cada pessoa (OE, 2015).

O enfermeiro deve no desenvolvimento da sua profissão atender aos deveres deontológicos da profissão, tendo os EE uma responsabilidade acrescida no zelar pelo seu cumprimento por ele e pelos outros profissionais. A mobilização adequada de conhecimentos científicos e técnicos, o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, devem ser premissas a valorizar adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados. Segundo Deodato (2010), a interrogação quanto ao modo de agir em enfermagem perante problemas de natureza ética surge, quando está em causa a proteção de uma pessoa e a defesa da dignidade humana, levando à construção de uma decisão que tem como fim a prática de uma ação tida como uma intervenção de enfermagem. Relacionado com este domínio, a OE no Regulamento n.º 140/2019 de 6 fevereiro de 2019 refere que o EE deve garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

Nos diferentes contextos de prática clínica desenvolveu-se uma prática responsável, demonstrando capacidade de tomar decisões de forma atempada e baseadas em evidencia

científica, respeitaram-se os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, cumprindo rigorosamente o exigido no Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019a) no que diz respeito à promoção de cuidados de enfermagem, através de uma prática segura, exercendo uma tomada de decisão baseada em princípios éticos e deontológicos.

No que diz respeito à privacidade do doente, à sua dignidade e individualidade, éramos diariamente confrontados com problemas de ordem ética e legal. No EC em SU vivenciou-se diariamente problemas relacionados com a quebra da privacidade do doente, devido às dimensões reduzidas das diferentes áreas do serviço e associado ao facto de existirem doentes alocados no corredor. Apesar de todos os constrangimentos e condicionalismos provocados quer pelas dimensões reduzidas de cada área do SU ou por existir doentes no corredor, realizou-se um esforço diário em manter a privacidade de cada doente. Mobilizaram-se estratégias, para minimizar estes condicionalismos, tais como a mobilização dos doentes para locais resguardados e, quando isto não era possível, a utilização de materiais como os biombos.

Já no contexto de SMI esta realidade era diferente. A sua estrutura física, disposta em *open space*, que pode levar a situações de quebra da privacidade e dignidade do doente, eram minimizadas pela existência de cortinas que circundavam a unidade do doente, de forma a assegurar a privacidade ao mesmo. Ainda neste contexto, também foram mobilizadas outras estratégias que permitiram manter a privacidade do doente, nomeadamente a utilização de lençóis ou resguardos de pano para cobrir algumas zonas do corpo que ficassem expostas e também a utilização de biombos quando necessário. Morganheira et al. (2017) salientam que preservar a privacidade do doente é essencial para estabelecer uma relação de confiança entre o doente e a equipa multiprofissional, que a falta de privacidade e confidencialidade dificultam a comunicação entre os profissionais e o doente.

Em contexto PH, manter a privacidade e confidencialidade do doente na realização de cuidados, pode ser um verdadeiro desafio, visto que a maioria das situações eram imprevisíveis e ocorriam na via pública, requerendo uma tomada de decisão rápida, colocando sob pressão os profissionais de saúde, principalmente em questões éticas e legais. Segundo Torabi et al. (2018) alguns dos desafios éticos com os quais os elementos da emergência PH se deparam são: intervenção em situações perigosas, necessidade de se proteger a si e aos elementos da equipa, obter consentimento informado e determinar a capacidade de decisão da vítima, recusa de tratamento e de transporte, o respeito pela privacidade da vítima, ressuscitação fútil, entre outros. Assim, durante o EC procurou-se defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana, respeitando os

deveres deontológicos inerentes à profissão, ultrapassando constrangimentos específicos do ambiente não protegido e não controlado que é o PH. Sempre que possível procuraram-se utilizar estratégias que minimizassem estas situações, tais como, retirarem-se as vítimas da via pública assim que possível, de modo evitar expô-las prolongadamente aos olhares dos transeuntes, evitou-se expor partes do corpo da vítima quando desnecessário e utilizou-se uma linguagem adequada ao contexto para manter a confidencialidade da informação e da vítima.

A quebra na confidencialidade e dignidade do doente verifica-se muitas vezes durante a transmissão oral e escrita de informação. Nos diferentes contextos de EC, sentiram-se principalmente durante a passagem de turno. Siqueira et al. (2017) referem que o doente internado tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos, e o profissional de saúde deve manter o sigilo profissional de forma a proteger o doente. No SU a passagem de turno era realizada junto do doente, o que levava à ocorrência de interrupções durante a mesma, quer por solicitações de outros doentes, a colocarem questões, quer por familiares/acompanhantes ou até por outros profissionais de saúde. Esta situação levava à perda de informação, a falhas de comunicação e a lacunas na segurança dos cuidados. No SMI a passagem de turno era realizada junto do balcão de enfermagem, que devido à estrutura física UCIP 1, encontra-se próximo da unidade dos doentes, levantando questões de quebra de sigilo, principalmente quando existiam doentes conscientes. No entanto, era o local que permitia simultaneamente a transmissão de informação entre enfermeiros e a vigilância contínua dos doentes, levando a interrupções por outros elementos da equipa multiprofissional ou por algum alarme do monitor, o que colocava em causa a qualidade da informação transmitida e conseqüentemente a segurança do doente. A utilização de um tom de voz adequado e linguagem concisa durante a passagem de turno, foram estratégias que se utilizaram para minimizar esta situação.

A PSC encontra-se em situações de vulnerabilidade, quer pela instabilidade clínica, quer pela incapacidade de transmitir/expressar as suas vontades, pelo facto de não compreenderem a informação que lhes é transmitida ou até pelo facto de serem submetidos a sedação profunda no decorrer da sua situação clínica (Pacheco, 2018). Estas questões levam os enfermeiros, nomeadamente aqueles que desempenham funções em UCI, a vivenciar dilemas éticos sobre a tomada de decisão e sobre responsabilidades profissionais. Neste sentido, os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, orientam a ação do enfermeiro na tomada de decisão, no respeito pela dignidade, privacidade, individualidade e dignidade do

doente e sua família. Também no ambiente PH, foi possível constatar-se situações em que a vítima se encontra inconsciente ou incapaz de expressar a sua vontade, desafiando os profissionais de saúde a questionar qual será a melhor decisão a tomar. Nestas situações, segundo a norma 15/2013 da DGS, deve prevalecer o consentimento presumido, o dever de agir decorrente do princípio da beneficência (DGS, 2013). Através da vivência destas situações durante os diferentes EC, conseguiu-se refletir e desenvolver uma consciência crítica sobre questões éticas e deontológicas inerentes à profissão e a importância do papel que o EE desempenha nestas situações, nomeadamente no equilíbrio entre o princípio da beneficência e não-maleficência, sem negligenciar o princípio da justiça e da autonomia.

Nos doentes capazes de expressar a sua vontade, a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, relativo aos procedimentos a efetuar, foi uma preocupação constante, transversal a todos os EC. Considera-se, que o consentimento do doente não deve ser ignorado, estando inerente a este o direito à sua autonomia e autodeterminação. A Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, assumiu que o doente deve ser informado previamente quanto ao objetivo da intervenção, bem como das suas consequências e riscos (OE, 2007a). Deste modo, o consentimento informado, livre e esclarecido é válido após o profissional de saúde informar o doente sobre as opções de tratamento, a natureza da intervenção, suas vantagens e desvantagens, assim como os riscos e alternativas ao tratamento.

Atualmente os avanços da medicina e a introdução de novas tecnologias ao cuidado da saúde, permitem curar doenças e prolongar a vida, mas não permitem que a morte aconteça de forma natural. Deste modo, questões relacionadas com o fim de vida, nomeadamente relacionadas com as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) ou Decisão de Não Reanimar (DNR), surgem quase diariamente no seio das equipas que cuidam da PSC. As DAV surgem como instrumento capaz de facilitar a resolução de possíveis conflitos oriundos das indecisões referentes a serem tomadas pelos profissionais da saúde (Saioron et al., 2017, p. 2). Segundo o mesmo autor as DAV têm como objetivo garantir a autonomia do doente, mas também auxiliar os familiares e profissionais de saúde na orientação das escolhas terapêuticas para o doente.

A questão das DAV surgiu durante o EC no SMI, tendo sido alvo de discussão entre a equipa. Percebeu-se que ainda existe uma grande lacuna de conhecimento, por parte dos enfermeiros no que diz respeito a esta temática, havendo a necessidade de investir em formação. Ainda nos contextos de EC foi procurado consultar as DAV dos doentes no *SClínico*[®] e detetou-se que nenhum destes apresentava essa manifestação do seu direito de vontade. Evidenciando que a

carência nesta área é também transversal à comunidade. O estudo de Barreto & Capelas (2020) conclui que começa já a surgir algum conhecimento geral sobre as DAV, mas ainda se observa reduzido nível de literacia na área.

Uma das muitas questões que surgiram durante os EC, nomeadamente no contexto PH, encontra-se relacionada com o iniciar ou não manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) ou a sua suspensão. Ainda neste contexto, nomeadamente nas ambulâncias SIV, os protocolos instituídos pelo INEM, contemplam o início imediato de manobras de SBV, independentemente do historial clínico do doente, exceto se este apresentar sinais de morte evidente (decapitação, hemicorporectomia, carbonização ou corpo em putrefação (INEM & DFEM, 2021). Estas questões tornam-se ainda mais desafiadores quando dizem respeito à suspensão das manobras de suporte avançado de vida. O Manual de SAV do INEM (INEM & DFEM, 2020), menciona que as manobras de SAV devem ser mantidas até que existam recuperação espontânea da circulação, transferência de cuidados para equipa diferenciada, decisão médica, existência de uma decisão de não reanimar (DNR), reconhecimento seguro da morte da vítima e exaustão da equipa. Contudo é importante ter presente que quando os esforços da reanimação se tornam fúteis ou inadequados, é preciso ter em consideração o princípio da não-maleficência. Brooks et al. (2017) referem que as tentativas de reanimação nem sempre são adequadas e no contexto de morte irreversível, são consideradas fúteis, podendo aumentar os riscos ou as lesões, desperdiçar recursos humanos e materiais limitados.

Estas questões éticas têm também sido alvo de preocupação para o INEM, que defende que todos os doentes devem ser tratados com dignidade e por isso defende a existência de determinados critérios para assegurar que a decisão de iniciar ou não manobras de SBV é apropriada e a decisão deve estar corretamente documentada. É aceitável não iniciar manobras de SAV nos casos em que o tempo que mediou a PCR e o início de SBV sejam superiores a 15 minutos, e o ritmo encontrado pela equipa não seja desfibrilhável (INEM & DFEM, 2020, p. 235).

Constatou-se durante a prática de cuidados nos diferentes contextos que o EE possui um papel fundamental na abordagem de questões éticas e legais, tendo uma responsabilidade acrescida na manutenção dos princípios éticos e deontológicos, no respeito pela dignidade e pelos direitos humanos da PSC e sua família.

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que todos os anos dezenas de milhões de doentes sofrem de lesões incapacitantes ou até morte devido à ocorrência de erros durante a prestação de cuidados, sendo que, um em cada dez ocorre em ambiente hospitalar nos países desenvolvidos (OMS, 2021). O mesmo relatório revela que ocorrem cerca de 134 milhões de eventos adversos nos hospitais dos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, o que contribui para 2,6 milhões de mortes todos os anos.

A cultura de segurança do doente tem vindo a crescer nas instituições hospitalares, a OMS define segurança do doente como a ausência ou redução, a um nível mínimo aceitável, do risco de sofrer danos desnecessários no curso dos cuidados de saúde (OMS, 2011). A mesma instituição refere que as falhas de segurança nas instituições de saúde, em particular as relacionadas com o doente, têm aumentado nos últimos anos devido em grande parte às mudanças constantes das condições de trabalho (doentes mais complexos, rotação dos profissionais e evolução tecnológica permanente) associado a um aumento do nível de exigência dos utilizadores dos serviços de saúde. Brás & Ferreira (2016) salientam que os cuidados de saúde estão envoltos numa enorme complexidade e que a ocorrência de erros pode acontecer, durante qualquer fase do processo de cuidados, levando a falhas na prestação de cuidados. Os mesmos autores reforçam que a falta de segurança do doente, implica uma perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, e leva a um aumento dos custos sociais e económicos.

A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, a OMS (2020) menciona que a qualidade dos cuidados em saúde pode ser definida de várias formas, contudo no seu objetivo final estes devem ser eficazes. A prestação de cuidados de saúde tem de ser baseada na melhor evidencia científica, seguros e centrados na pessoa. A nível organizacional, a existência de padrões de qualidade, permitem às organizações definir metas e desenvolver projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No sentido da procura da excelência dos cuidados prestados à população, diversas organizações de saúde, encontram-se em processos de certificação ou acreditação de qualidade dos seus serviços. As instituições onde se realizaram os EC de urgência e SMI são dois exemplos de instituições que se encontravam certificadas. Ambas eram certificadas pela norma Portuguesa EN ISSO 9001 – Sistemas de Gestão de Qualidade. Esta certificação tem como objetivo estratégico estabelecer critérios de qualidade e satisfação dos doentes, definindo os

procedimentos da unidade e garantindo a qualidade dos processos, e implementa medidas corretivas visando a melhoria contínua da qualidade. As vantagens deste processo de certificação passam pela uniformização de procedimentos, a reflexão sistemática da equipa multidisciplinar sobre os resultados obtidos e a procura de soluções de forma a garantir a melhoria contínua dos cuidados. A realização dos EC em instituições com certificação ou acreditação da qualidade, permitiu desenvolver cuidados de qualidade através da aplicação dos protocolos existentes e desenvolveu-se pensamento crítico sobre as melhores práticas de cuidados.

Para além desta certificação, a existência de protocolos baseados nos pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Ministério da Saúde, 2021), eram preocupações das instituições onde foram realizados os EC. Nomeadamente no que diz respeito à identificação correta dos doentes, utilização de práticas seguras na preparação e administração de terapêutica, avaliação do risco de úlcera de pressão e risco de queda.

As instituições hospitalares apresentavam indicadores de qualidade comuns, a monitorização do risco de queda e o risco de úlcera por pressão, eram dois exemplos. O risco de queda é um dos indicadores que avalia a qualidade dos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde, estando inserida num dos pilares do PNSD - práticas seguras em ambientes seguros. As quedas são consideradas um grave problema de saúde pública e a sua ocorrência assume-se como uma das principais causas de internamento hospitalar, responsável pela elevada taxa de morbilidade e mortalidade (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). A prevalência de quedas em ambiente hospitalar é um indicador negativo da qualidade dos cuidados prestados e implica repercussões não só pessoais, como familiares e sociais, com aumento de tempo de internamento e concomitantemente aumento de custos hospitalares e diminuição da qualidade de vida no geral (Bittencourt et al., 2017). A prevenção de quedas nas instituições de saúde, tornam-se assim um desafio para todas as instituições e profissionais de saúde envolvidos e exige o reconhecimento dos fatores de risco existentes, bem como a capacidade de reduzir os seus efeitos através da implementação de estratégias preventivas tendo em mente a redução do número total de quedas, custos humanos e materiais associados. Assim, em ambos os serviços, era avaliado o risco de queda através da aplicação da Escala de Morse e adotadas medidas preconizadas para prevenção de quedas (gestão de ambiente seguro, manter cama/cadeirão/cadeira de rodas/maca/cama travados, manter maca/cama na cota zero, elevação das grades das macas/camas).

A monitorização do risco de úlcera por pressão (UPP), através da avaliação da Escala de *Braden*, era outro dos indicadores de qualidade garantido e mensurado. A existência de UPP é considerada pelos sistemas de saúde mundiais como um indicador negativo da qualidade de cuidados prestados, as UPP constituem um grave problema de saúde pública. As evidências científicas referenciam-nas como uma problemática complexa da qual, Portugal não se exclui. Segundo dados do Serviço Nacional de Saúde, a incidência de úlceras por pressão no ano 2022 situou-se nos 3,4% (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Estas, surgem em qualquer faixa etária, são de causa multifatorial e responsáveis por internamentos frequentes e tratamentos prolongados, com abstinência laboral e indesejável impacto na qualidade de vida do utente, família e na economia mundial. Os enfermeiros necessitam de mobilizar conhecimentos em medidas preventivas e gerir de forma consciente os recursos existentes, contribuindo para a sua diminuição.

Ainda sobre os pilares do PNSD, a comunicação surge como 3.º pilar, esta é de elevada importância. Neste sentido, durante os EC foi, sempre que possível, utilizada a metodologia ISBAR (Identificação, Situação Atual, Antecedentes, Avaliação, Recomendações) na transição de cuidados. A metodologia ISBAR é uma técnica que padroniza a comunicação em saúde, ou seja, é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transferência de cuidados. A utilização desta contribui para a rápida tomada de decisão, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017a). Haddeland et al. (2022) revelam no seu estudo que os seus intervenientes consideram que a técnica ISBAR permite melhorar a qualidade e segurança do doente, diminuindo a ocorrência de eventos adversos e tornando a comunicação mais eficaz.

A contínua preocupação com a qualidade dos cuidados em saúde e a segurança do doente, são dos principais focos de atenção das instituições e tem vindo a emergir nos últimos anos. Azevedo et al. (2020) salientam que a notificação de erros e eventos adversos possibilitam a implementação de estratégias com o objetivo de aumentar a cultura de segurança do doente. Os mesmos autores, referem que o desenvolvimento de orientações e estratégias, a par da monitorização dos riscos a que o doente se encontra exposto, são um dos passos fundamentais para a prevenção de eventos adversos.

O primeiro passo para prevenir a ocorrência de eventos adversos é a identificação dos fatores que concorrem para o seu aparecimento. De acordo com Duarte et al. (2015) é necessário do ponto de vista das organizações, uma compreensão que os eventos adversos estão, muitas vezes,

diretamente relacionados com falhas no sistema, e não somente ao desleixo ou incompetência profissional. Para tal, é necessário identificar fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas. Todas as instituições onde se desenvolveram os EC detinham uma plataforma informática de notificação de incidentes ou eventos adversos, a “HER+”. Contudo, verificou-se que existia uma baixa adesão dos profissionais à notificação de incidentes ou eventos adversos, talvez por receio. Para Alves et al. (2019) a subnotificação ocorre por medo ou receio, desconhecimento do tema ou da forma de notificar e quando advém de situações graves.

As diferentes instituições onde se desenrolaram os EC, criaram grupos de trabalho em determinadas áreas consideradas essenciais, reforçaram a formação dos vários elementos da equipa através de ações de formação interna ou em entidades externas à instituição, procurando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No SU e no SMI existiam vários grupos de trabalho, nomeadamente um grupo na prevenção da úlcera por pressão, um grupo de trabalho de feridas, um grupo responsável pela verificação dos carros de emergência, um grupo de trabalho para o controlo de infeção, entre outros. O objetivo da criação destes grupos de trabalho é manter uma atualização constante dos procedimentos e da equipa de enfermagem melhorando a qualidade dos cuidados.

Os EC, potenciaram a reflexão sobre a qualidade dos cuidados, fomentou-se a prática de cuidados em ambiente terapêutico seguro, com a procura constante pela melhoria contínua da qualidade.

2.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Atualmente as instituições estão envoltas num ambiente de procura pela excelência dos cuidados que prestam à população, para isso é importante melhorar a motivação e performances dos profissionais na resolução de problemas e ajudá-los a lidar com situações complexas. Ao longo do tempo, o papel do enfermeiro gestor tem vindo a sofrer alterações, decorrentes das mudanças que têm ocorrido a nível social, económico, político e cultural, mas com um ponto comum que está relacionado com a gestão mais eficaz e eficiente, cujo foco é a qualidade dos cuidados prestados.

A exigência pela qualidade dos cuidados leva a que os enfermeiros gestores necessitem de assumir o papel de líder, tendo como objetivo garantir a qualidade da assistência prestada ao doente, alinhando os objetivos organizacionais com os objetivos e expectativas individuais de

cada elemento da equipa de enfermagem. De acordo com Rego & Cunha (2016) o enfermeiro gestor deve estar munido de um conjunto de competências que fomentem na equipa que lidera motivação, empenho, acessibilidade às novas tecnologias e à formação, e recetividade à mudança para que se pratiquem cuidados de qualidade, ou seja, que estejam de encontro à satisfação das necessidades dos doentes.

No domínio da gestão de cuidados, a OE (2019a) salienta que o EE gere os cuidados de enfermagem, otimizando respostas e a articulação na equipa de saúde, tendo de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Para Mororó et al. (2017) a gestão dos cuidados em enfermagem é entendida como o exercício profissional do enfermeiro, sustentado os seus conhecimentos na ciência do cuidar, mediante ações de planeamento, organização e controlo da prestação de cuidados, oportunos, seguros e abrangentes, de modo a garantir a sua continuidade e dar sustentabilidade às políticas e orientações estratégicas da instituição. Neste sentido, a prática de enfermagem abrange o planeamento, execução e avaliação dos cuidados inerentes ao próprio saber de enfermagem.

No decorrer dos diferentes EC, existiu a oportunidade de acompanhar os diferentes enfermeiros orientadores, a desempenharem papéis nas funções de gestão de serviço. No SU, na ausência da enfermeira gestora, existia um enfermeiro coordenado de turno, ao qual eram reconhecidas capacidades de liderança e ser detentor do título de EE, em consonância com o preconizado pela OE no Regulamento n.º 743/2019 (OE, 2019b). Neste serviço, as funções de enfermeiro coordenador de turno prendem-se com a gestão da equipa de enfermagem nas suas diversas áreas, pedidos de material, ao armazém, medicação à farmácia, controlo de estupefacientes, verificação da funcionalidade dos vários recursos materiais e pedido de reparação quando necessário. O enfermeiro coordenador, no desempenho das suas funções e de forma a responder adequadamente às necessidades do serviço, deve ter informação atualizada e real relacionada com o número de macas disponíveis, a existência de alguma transferência inter-hospitalar, para facilitar tomadas de decisão. Deve também ser capaz de supervisionar cada área de trabalho identificando necessidades e dificuldades sentidas pelos colegas.

À semelhança do EC no SU, no SMI teve-se a oportunidade de acompanhar o enfermeiro gestor do serviço no desempenho das suas funções. Verificou-se que este tem diferentes funções, nomeadamente: gestão de pedidos de farmácia e de material de consumo clínico e de equipamentos; controlo de estupefacientes; gestão de vagas; resolução de problemas e conflitos

na equipa; gestão de recursos humanos; elaboração do horário de trabalho mensal da equipa de enfermagem e assistentes operacionais, atividades que em outros serviços eram delegadas no enfermeiro coordenador. No turno da manhã, este assistia à passagem de turno de enfermagem e à passagem de turno da equipa médica, com o objetivo de estabelecer uma comunicação mais efetiva entre equipas e desenvolver um plano de ação para o doente, transmitindo posteriormente aos enfermeiros as informações pertinentes decorrentes da reunião com a equipa médica. Esta relação entre equipas, permite que se estabeleçam prioridades na gestão dos cuidados de ambas. Na ausência do enfermeiro gestor verificou-se que a gestão do serviço era assegurada por um enfermeiro coordenador, que acumulava funções de gestão com a prestação de cuidados, sendo muito exigente esta delegação de funções.

Foi ainda possível observar que o enfermeiro gestor é também um elemento crucial na gestão de conflitos dentro da equipa, fomentando um ambiente favorável à prestação de cuidados. Exigindo a mobilização de competências de comunicação e relação bem desenvolvidas para que a resolução dos conflitos fosse harmoniosa num processo de *win-win*.

Os conflitos dentro de uma equipa, surgem diversas vezes, devido ao excesso de carga de trabalho. No SMI verificou-se que avaliação da carga de trabalho era monitorizada com recurso ao *Nursing Activities Score* (NAS), que era avaliado pelos enfermeiros no turno da noite. Este instrumento permitia avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros no SMI, com base no tempo despendido nos cuidados prestados e atividades de enfermagem inerentes, independentemente do grau de gravidade da doença apresentada pela pessoa em situação crítica. Um estudo realizado por Macedo et al. (2021) referiram que o NAS consegue abranger 80,8% da carga do trabalho do enfermeiro em SMI, enquanto o *Therapeutic Intervention Score System* (TISS) mensura apenas 43,3% da carga de trabalho. Observou-se que este é um instrumento de gestão adequado aplicado aos cuidados intensivos, uma vez que contempla na sua avaliação o tempo de cuidados despendido ao doente, mas integra também o tempo de apoio à família.

No ambiente PH, nomeadamente nas ambulâncias SIV, observou-se a importância que o enfermeiro desempenha, quer na gestão de cuidados diretos à vítima, na supervisão das ações do Técnico de Emergência PH, na gestão do ambiente que o rodeia e da família, quer na gestão de outras equipas presentes no local da ocorrência, desempenhando o papel de *Team Leader*. Este papel passa por estabelecer prioridades nos cuidados, maximizar as suas intervenções com o intuito de minimizar complicações. Segundo Mota et al. (2020) os enfermeiros das ambulâncias SIV têm, em muitas circunstâncias, a função de *team leader*, não apenas no meio

que habitualmente lideram, mas também de outros meios de socorro que estejam a atuar no local da ocorrência. De acordo com os mesmos autores, o enfermeiro deve possuir um conjunto de atributos pessoais e profissionais, que o dotem de competências para serem capazes de responder com eficácia às exigências do meio PH, nomeadamente capacidade de tomada de decisão rápida e segura, suportada na melhor evidência científica e ajustada às necessidades presentes no local. Verificou-se, ainda, que as funções do enfermeiro não se limitam apenas à prestação de cuidados à PSC, tendo este a responsabilidade da manutenção operacional do meio, a supervisão e verificação da carga da ambulância e a elaboração de registos.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais

Atualmente, é inquestionável a importância da formação e a aquisição de competências no desenvolvimento da enfermagem. A procura pela excelência dos cuidados e o desenvolvimento pessoal, revestem a investigação em enfermagem numa importância crescente nos dias de hoje. A enfermagem, enquanto disciplina do Saber, necessita de uma atualização e produção constante de conhecimento, na procura pela excelência dos cuidados de enfermagem. Pelo que a investigação em enfermagem, é um elo fundamental nesta área, através de uma mudança no desempenho profissional, no desenvolvimento de competências e consequentemente na melhoria da prática profissional.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE tem de basear a sua prática diária e os processos de tomada de decisão, em conhecimento válido, atual e pertinente. Assim como desenvolver o autoconhecimento e a assertividade na construção dos processos de ajuda, na sua relação consigo e com o outro (OE, 2019a).

É com base nos pressupostos anteriores, que se definiram como prioridade para os EC aprofundar, fomentar e assimilar novas competências relacionais e técnico-científicas, fomentar o julgamento crítico e a tomada de decisão, na área dos cuidados à PSC. Através da partilha de conhecimentos com os enfermeiros orientadores e os diferentes elementos da equipa multiprofissional, na visualização direta de novos procedimentos, participação em ações de formação em serviço e na realização de pesquisa bibliográfica sobre as situações que foram vivenciadas. Segundo Goot et al. (2018) a prática baseada na evidência facilita o processo de tomada de decisão clínica, integrando a experiência clínica e a mais recente evidência científica na prática diária, trazendo resultados positivos para o processo de cuidados e consequentemente ganhos em saúde. No EC do SMI a exigência técnico-científica exigiu procura e pesquisa por oportunidades de aprendizagens. O exercício de funções num SMI, foi vantajoso pois permitiu

observar novas práticas e contribuir para a partilha de experiências com a equipa de acolhimento, assim como repensar criticamente em intervenções desenvolvidas no serviço de origem, como o caso da vigilância hemodinâmica invasiva do doente crítico e a não utilização de capnografia no doente ventilado. Fomentaram-se conhecimentos na área da sedação, ventilação mecânica não invasiva e invasiva, avaliação hemodinâmica invasiva e transporte de doente crítico.

No sentido de desenvolver as aprendizagens profissionais, no SMI assistiram-se a duas formações em serviço subordinadas aos temas “Disfagia” e “*Cough Assist*”, no SU desenvolveu-se uma ação de formação sobre “Feixes de Intervenção no Serviço de Urgência” (APÊNDICE I). Desenvolveram-se vários trabalhos baseados em situações de cuidados reais. No SU desenvolveu-se uma análise crítico-reflexiva, segundo o ciclo de *Gibbs*, baseada numa situação de cuidados identificada durante o EC, que permitiu desenvolver competências na abordagem à pessoa com diagnóstico de morte cerebral. No contexto de SMI desenvolveu-se, ainda, um trabalho utilizando conceitos e terminologia linguística da CIPE[®], sobre o *Delirium* no doente crítico. No EC em emergência PH desenvolveu-se um trabalho sobre a vítima em PCR e o apoio à família presente no local. Com o desenvolvimento destes trabalhos foi possível aprofundar conhecimentos em áreas específicas e desenvolver competências no cuidado à PSC.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A complexidade dos cuidados de saúde e a necessidade de implementar respostas adequadas às necessidades da PSC e sua família, faz com que o EE tenha a necessidade de mobilizar os seus conhecimentos e habilidades em tempo útil e de forma holística (OE, 2018).

As competências específicas do EE resultam das competências comuns, contudo adequadas a um campo de atuação definido por cada especialidade e direcionadas às necessidades de saúde da população. Segundo a OE, no seu regulamento n.º 429/2018, o EE deve desenvolver competências nos seguintes domínios: cuidar da pessoa e da família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018) que serão analisadas criticamente em seguida.

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

O papel do enfermeiro que cuida da PSC e sua família, passa não só por reconhecer atempadamente situações de instabilidade e gerir protocolos complexos, mas também por reconhecer que o doente e a sua família se encontram num processo de transição saúde-doença.

Nos diferentes EC surgiram diversas oportunidades de cuidados à PSC e família, assim como a realização de diversos procedimentos e técnicas, e de gerir processos terapêuticos complexos com os quais, ainda não se tinha contactado, nomeadamente a monitorização hemodinâmica invasiva, a monitorização de capnografia no doente ventilado, a Triagem de *Manchester*, a normotermia no doente crítico, aplicação de algoritmo de SAV em contexto PH, entre outros, que proporcionaram o desenvolvimento de competências neste domínio.

O EC em SU desenvolveu-se essencialmente na SE e triagem. O desempenho de funções em SE requer do enfermeiro um conjunto de competências de avaliação, de pensamento crítico, conhecimentos especializados e de uma intervenção diferenciada, de forma a responder eficazmente às necessidades efetivas e antecipando complicações. Com a prestação de cuidados na sala de triagem, percebeu-se que a grande maioria dos doentes que recorrem ao serviço de urgência, não são casos verdadeiramente urgentes e que podiam ser facilmente resolvidos pelos cuidados de saúde primários, o que leva à sobrelotação do serviço. Observou-se também que o enfermeiro desempenha um papel crucial nesta área do SU, que requer deste, competências específicas, nomeadamente no que concerne à observação, avaliação, definição de prioridades e tomada de decisão. Soares et al. (2017) na sua pesquisa salientam que o enfermeiro é o profissional mais habilitado para fazer a triagem, pois detêm conhecimentos teóricos e científicos, aliados aos conhecimentos adquiridos com a prática clínica que permitem uma tomada de decisão rápida e assertiva.

Observou-se, ainda, a importância do *Team leader* na SE, que tem a responsabilidade de coordenar, decidir e supervisionar os restantes elementos presentes. A sua atuação implica uma tomada de decisão rápida, impedindo que se gere confusão durante a prestação de cuidados e contribuindo assim, para o sucesso da equipa. De acordo com Martins et al. (2018) o *Team leader* deve possuir fortes capacidades relacionais e comunicacionais, sólidos conhecimentos científicos, técnicos e éticos, e conhecer bem a sua equipa, identificando em cada elemento os seus pontos fortes e as suas limitações.

Contactou-se, ainda, com as diferentes vias verdes, nomeadamente a “Via Verde AVC” e “Via Verde Coronária”. As vias verdes pretendem ser um mecanismo de resposta rápida, segundo a DGS na norma n.º 015/2017, entende-se que via verde como estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalar, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para as populações (DGS, 2017b). No decorrer do EC, conseguiu-se compreender a sua importância para o desfecho da situação clínica do doente.

Durante este EC à semelhança do EC no SMI e no de emergência PH, procedeu-se também à preparação do doente crítico para a realização de transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar. Denotou-se, em qualquer dos casos, que a sua preparação requer alguns cuidados e experiência por parte dos profissionais que realizam o transporte, é importante prever antecipadamente possíveis problemas que possam ocorrer, de forma a preveni-los e minimizar o seu impacto no doente. O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023).

A ambulância SIV encontrando-se integrada num serviço de urgência básico, é acionada diversas vezes para a realização de transporte inter-hospitalar. A deslocação do doente inter-hospitalar ocorre por diversos fatores: necessidade de facultar um nível assistencial superior; realização de exames complementares de diagnóstico, não possíveis de realizar na instituição de origem; e necessidade de transporte para serviços mais especializados, de referência ou centralizados (Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2023). O transporte do doente crítico deve ser bem planeado, de forma a minimizar a ocorrência de possíveis eventos adversos, e durante o transporte deve ser assegurado o mesmo nível de cuidados do hospital de origem. O enfermeiro SIV, pelos conhecimentos e competências que detém, é muitas vezes o elemento mais diferenciado para a realização deste tipo de transporte. Contudo, observou-se que nos diferentes pedidos de transporte secundário, nem sempre havia a necessidade de acionar um meio de emergência médica para a realização do mesmo, verificando-se uma deficiente avaliação do doente pela equipa clínica. Estas deslocações da equipa SIV para realização de transporte secundário, ocupavam um meio de emergência PH, muitas vezes sem necessidade, podendo ser fundamental, numa verdadeira ocorrência.

No percurso realizado no SMI, objetivou-se o doente crítico em todas as suas vertentes, desde a sua admissão, elaboração de plano de cuidados, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, execução de técnicas/procedimentos complexos, acolhimento da família e alta do doente. Colaborou-se com a equipa multiprofissional na prestação de cuidados de grande complexidade, identificou-se focos de instabilidade e respondeu-se aos mesmos de forma adequada e antecipada. Contactou-se com técnicas, procedimentos e equipamentos menos familiares, nomeadamente equipamentos de monitorização hemodinâmica invasiva e a capnografia. O desenvolvimento de conhecimento e competências na área da monitorização hemodinâmica invasiva, permitiu uma abordagem à PSC mais eficiente e diferenciada, identificando precocemente focos de instabilidade. Scheeren & Ramsay (2019) mencionam que a avaliação hemodinâmica permite detetar alterações hemodinâmicas precocemente, otimizar o fornecimento de oxigénio para os tecidos e avaliar a adequação das intervenções terapêuticas, tais como a responsividade a fluidos ou a necessidade de terapêutica vasoativa, otimizando assim o sistema cardiovascular do doente. A aquisição destes novos conhecimentos, tornaram-se uma mais-valia para a prestação de cuidados no serviço de origem.

Fortaleceram-se conhecimentos na área da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, de avaliação e interpretação de modos ventilatório, realização de técnicas associadas à ventilação mecânica, na avaliação do doente sob sedo-analgésia, na área das técnicas de substituição renal contínuas e intermitentes, e colocou-se em prática protocolos terapêuticos complexos. A avaliação do doente sedo-analgesiado, é um processo complexo que requer uma equipa de enfermagem atenta e o recurso a escalas validadas, sendo que no SMI era utilizada a *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS). A avaliação diária do nível de sedação, permite que a equipa de enfermagem oriente a sua ação de acordo com o resultado obtido, diminuindo assim os dias de sedação e consequentemente os dias de ventilação/internamento.

A abordagem ao doente com *delirium*, foi outra situação que ocorreu durante o EC. Esta afeta não só o doente, mas os seus familiares e a equipa multiprofissional, segundo Barman et al. (2018) o *delirium* é uma manifestação comum de disfunção cerebral aguda no doente crítico, com graves consequências. Os enfermeiros, ao terem um papel privilegiado junto dos doentes, estão favorecidos, conseguindo mais facilmente detetar, avaliar e monitorizar a evolução do *delirium*. O uso de escalas validadas para a avaliação e monitorização deste sintoma, nomeadamente a RASS e a *Confusion Assessment Method-ICU* (CAM-UCI), permitem identificar até 80% dos casos de *delirium* (Mesa et al., 2017). Em contexto de doente crítico, a

presença de *delirium*, é um preditivo de aumento do tempo de internamento, de mortalidade hospitalar, de declínio cognitivo e funcional, de aumento dos custos globais em saúde e sobretudo um fator de *stress* para o próprio indivíduo e família (Carrasco & Zalaquet, 2017).

Durante a realização dos diferentes EC, existiram áreas de atuação que permitiram desenvolver competências específicas, nomeadamente a avaliação da vítima e identificação de focos de instabilidade, avaliação e gestão da dor, comunicação e o estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família.

A abordagem, avaliação e identificação de focos de instabilidade na PSC, realizou-se nos diferentes contextos, através da metodologia ABCDE, A- Via Aérea, B - Ventilação, C – Circulação, D – Disfunção Neurológica e E – Exposição, que permite sistematizar os cuidados iniciais ao doente crítico, priorizando as necessidades de intervenção. Enquanto EE, existe um papel preponderante na avaliação inicial à PSC, diferenciador nos cuidados prestados à PSC. De acordo com Schoeber et al. (2022) a avaliação ABCDE é a mais recomendada para a avaliação inicial e tratamento de doentes críticos, permitindo aos profissionais de saúde avaliarem e priorizarem. O reconhecimento precoce de prioridades e intervenção atempada à PSC, diminui o risco de internamento em cuidados intensivos, assim como a mortalidade e morbidade (Smith & Bowden, 2017).

Outra unidade de competência definida pela OE para o EE na área da PSC é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (OE, 2018). Para tal, ao longo dos EC procurou-se intervir ativamente no desenvolvimento desta competência e promoveu-se o bem-estar da PSC, através da gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para uma gestão de dor eficaz. No SU a dor era avaliada com recurso à escala numérica de dor. Este instrumento não se encontra adaptado a doentes incapazes de comunicar a sua dor, como por exemplo doentes com demência, ou sedados (DGS, 2003; Ritto & Rocha, 2012). Contudo, observou-se que era esta a escala aplicada a todos os doentes, independentemente do seu estado cognitivo. Reforçou-se junto da equipa, através da apresentação e aplicação de adequar o instrumento de avaliação de dor, quando dirigida a doentes não comunicantes, através da utilização de outros instrumentos validados, como exemplo a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD).

No SMI a avaliação de dor era realizada fundamentalmente com recurso a dois instrumentos: a BPS, no doente sedado, incapaz de verbalizar dor pela presença do tubo orotraqueal (TOT) ou pela diminuição do nível de consciência, o que vai de encontro às recomendações do Grupo de

Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (s.d.); e a escala numérica, no doente consciente. Contudo, o recurso à escala numérica para avaliação da dor, requer que o doente se encontre neurologicamente capaz de comunicar e auto monitorizar a sua dor, o que na maioria das vezes não acontece no período pós alívio da sedação ou retirada do TOT.

No ambiente PH, a gestão de dor e a procura pelo bem-estar da vítima, foi uma constante nas várias situações de cuidados. Existiu uma preocupação na avaliação de dor e na aplicação correta do protocolo de sedação/analgesia do INEM na abordagem à vítima. No estudo de Mota et al. (2022) 46,7% das vítimas, estudadas, referiram inicialmente uma intensidade de dor igual ou superior a 7 na escala numérica (0-10), sendo que no final da intervenção houve uma redução significativa e apenas 7,08% das vítimas mantinham esse valor de intensidade de dor.

A PSC apresenta alteração do seu padrão comunicacional, o que é um fator gerador de *stress* e ansiedade, cabendo ao enfermeiro utilizar estratégias de comunicação com o doente de forma a integrá-lo nos cuidados e reduzir níveis de ansiedade. Holden (2017) acrescenta que a PSC, podendo estar de alguma forma impossibilitada de comunicar verbalmente, os cuidados prestados devem ser bem direcionados, procurando comunicar eficazmente para que a pessoa sinta a presença do profissional, perceba os cuidados que lhe vão ser prestados e que tenham em consideração as suas necessidades, proporcionando menos ansiedade, quanto à sua situação clínica e medo de morte. Para tal, procurou-se utilizar uma linguagem clara e objetiva, responder às dúvidas e receios de doentes e familiares, transmitir informação simples e concisa sobre o seu estado clínico e os procedimentos a realizar, transparecendo uma imagem de confiança, que lhe diminuísse o medo e a angústia do momento. A utilização de comunicação não verbal tornou-se também um elemento comunicacional essencial na abordagem à PSC e sua família, o toque, os gestos, a expressão facial, a postura, a entonação da voz, foram utilizados com o intuito de transmitir uma mensagem corroborando a mensagem transmitida oralmente e como estratégia de conforto à PSC e sua família.

No SMI, a procura de estratégias foi mais desafiante, devido ao ambiente tecnológico existente, contudo procurou-se utilizar instrumentos de comunicação alternativa, tais como quadros para escrever ou cartões com símbolos, como forma de auxiliar na comunicação. Handberg & Voss (2018) ressaltam a necessidade de desenvolver uma comunicação aumentativa e alternativa, que abranja diferentes meios de comunicação e que ajudem o doente a expressar-se.

Ainda em contexto de SMI a comunicação com a família evidenciou-se como crucial, cabendo aos enfermeiros integrá-los no ambiente e considerá-los foco de atenção e de cuidado. Souza et

al. (2018) salientam a necessidade de a família ser integrada no ambiente de cuidados intensivos, de forma gradual e orientada pela equipa multiprofissional. Deste modo, procurou-se no período de visitas estimular a família a integrar o processo de cuidados, procurando conhecer as suas principais necessidades e responder às suas dúvidas e anseios. Para tal, adotou-se uma postura de acolhimento, de escuta ativa, baseada na honestidade, utilizou-se uma linguagem acessível, clara e concisa, como forma de estabelecer uma relação terapêutica com a família que se encontrava a viver uma situação geradora de *stress* e ansiedade. Ramos et al. (2018) referem que é necessário acompanhar a família neste processo crítico, acolhendo-a, trabalhando com a mesma, numa perspetiva mais humanista do cuidar que se revela como um dos pilares de qualidade e essência da enfermagem.

Os diferentes EC proporcionaram momentos enriquecedores de aprendizagem, potenciaram a reflexão sobre os cuidados prestados à PSC e sua família, e fomentaram o desenvolvimento de competências na área do doente crítico.

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

A Organização Mundial de Saúde define catástrofe como: qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excecional de apoios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida (Silva et al., 2015, p. 250). O INEM (2012) acrescenta que a catástrofe e as situações de exceção como sendo acontecimentos imprevisíveis que levam à procura súbita dos cuidados de saúde urgentes, podem originar um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis, impondo para tal uma atuação, coordenada e criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

Durante a realização dos diferentes EC não ocorreu nenhuma situação de exceção ou catástrofe, contudo torna-se imperioso o desenvolvimento de competências nesta área, face à inevitabilidade da ocorrência das mesmas. A OE regulamenta que o EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica detenha competências específicas perante situações de exceção e catástrofe “concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (OE, 2018, p. 19363).

Para o desenvolvimento desta competência, durante o EC no SU, consultou-se o plano de emergência (PE) interno da instituição, localizou-se o armário de catástrofe e tomou-se conhecimento dos *kits* de resposta a situações de exceção e catástrofe. A DGS, na sua Orientação n.º 007/2010 define que todas as Unidades do Sistema Nacional de Saúde devem elaborar um PE, como ferramenta fundamental na avaliação dos meios de reação das unidades de saúde face a uma eventual situação de exceção ou catástrofe, onde define normas e regras de atuação (DGS, 2010). O PE interno desta instituição encontrava-se em fase de reformulação, por se encontrar desatualizado. No entanto, em caso de necessidade existia junto da zona de triagem um armário onde constava o PE interno e 100 *kits* de resposta a situações de exceção e catástrofe. Constatou-se que não havia registo recente nem estava planeado a realização de simulacros de atuação em caso de catástrofe. E que a maioria da equipa não conhecia o procedimento de atuação. Sabe-se que é fundamental a realização de simulacros de evacuação e de atuação em caso catástrofe, de forma a melhorar a resposta dos enfermeiros perante estas situações.

Pereira (2018) refere que os enfermeiros devem estar capacitados de conhecimento, competência e habilidades que traduzem a emergência numa resposta sistematizada, integrada, rápida, ágil e eficaz. O mesmo autor refere que os procedimentos de atuação devem estar convenientemente treinados de forma a minimizar o impacto negativo destas situações.

No EC do SMI, no sentido de desenvolver competências neste domínio, consultou-se o PE interno e externo da instituição. O PE interno foi reformulado em 2022, segundo a instituição tem como objetivo minimizar os danos sobre os colaboradores, doentes e instalações, através de uma eficaz gestão dos recursos disponíveis, onde é imperativo que todos os colaboradores saibam como atuar em situação de emergência e em caso de evacuação. Neste plano encontravam-se contemplados diferentes cenários de atuação conforme a situação fosse um incêndio, sismo, inundação, fuga de gases, ameaça de bomba ou atentado. O PE externo, encontrava-se em fase de reestruturação, e tinha como objetivo manter a continuidade dos cuidados de saúde face a uma situação excecional, preservando a segurança de todos os utentes e colaboradores.

Na ambulância SIV constatou-se que esta se encontrava preparada para uma eventual situação de catástrofe, estando equipada com bolsas de identificação e triagem multivítima. Cada uma das bolsas continha: etiquetas de triagem, caneta, cartões com fluxogramas de triagem e outros para contabilização das vítimas. Foram consultados os fluxogramas de triagem e o modo de

atuação do SIEM em caso de catástrofe. Foi também fundamental, para o desenvolvimento de competências neste domínio consultar o Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil e o Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil do concelho onde esta se encontrava inserida. Pelas características inóspitas que circundam as situações de exceção e catástrofe e pela sua imprevisibilidade, é essencial que os enfermeiros, desenvolvam competências de resposta neste domínio, pois a sua colaboração pode ser solicitada a qualquer momento. Assim, entende-se ser fulcral a realização de simulacros de evacuação e de atuação em caso catástrofe, de forma a melhorar a resposta dos enfermeiros perante estas situações.

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 à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são a nível Mundial, o efeito adverso que mais interfere na segurança dos doentes. Estima-se que centenas de doentes sejam afetados por estas infeções todos os anos, levando à mortalidade e a perdas financeiras significativas para o sistema de saúde. A OMS refere que em cada 100 doentes hospitalizados, 7 nos países desenvolvidos e 15 nos países em desenvolvimento, irão adquirir uma IACS (OMS, 2022).

A DGS (2017c) através da criação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS refere que existe um aumento da vulnerabilidade da pessoa às infeções adquiridas nos locais onde se prestam cuidados de saúde, atendendo à necessidade de procedimentos invasivos e terapêuticos. Esta vulnerabilidade aumenta quando falamos da PSC, estando esta mais suscetível ao desenvolvimento de uma IACS, quer pela sua fragilidade quer pelo uso de tecnologia e procedimentos invasivos que lhe suportam a vida.

Neste sentido, a OE estabelece que o EE em enfermagem à PSC deve responder eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade de situações que enfrenta diariamente e à diferenciação de cuidados exigida na manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018).

Ao longo dos três EC, desenvolveu-se uma prática profissional assente no respeito pelas Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), cumpriram-se as orientações emanadas do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) de cada instituição e, sempre que oportuno, realizaram-se pequenas ações de formação

informais sobre as recomendações no que diz respeito ao controlo de infeção, nomeadamente junto da família ou outros elementos da equipa multiprofissional.

Na globalidade, os serviços de urgência quer pela tipologia de doentes quer pelas suas características, exigem por parte dos profissionais de saúde estratégias eficazes no que concerne a prevenção e controlo de IACS.

O SU onde se realizou o EC, devido à sua estrutura física e ao número de doentes que admitia muito acima do número recomendado, nem sempre era fácil manter o distanciamento entre macas e fazer o isolamento de doentes com microrganismos multirresistentes. Quando existia a necessidade de isolar algum doente, este era sinalizado, distanciados dos outros doentes e informada a equipa, medidas que nem sempre se revelaram suficientes.

Procurou-se, também, manter na prestação de cuidados um respeito pela higienização das mãos, respeitando os 5 momentos preconizados pela DGS; o uso racional de equipamento de proteção individual (EPI) de acordo com a situação clínica do doente; o uso adequado de luvas; cumprir a etiqueta respiratória e o uso de práticas seguras na preparação e administração de injetáveis. No entanto, a estrutura física e organizacional do SU, o reduzido número de dispensadores de solução alcoólica, a sobrelotação de doentes e a elevada exigência de trabalho, nem sempre facilitaram o cumprimento rigoroso das normas e orientações de redução das IACS.

A postura adquirida durante EC no SU, perpetuou-se para o EC no SMI. Contudo, estando ciente que o doente internado em UCI possui um risco acrescido de desenvolver uma IACS devido ao número de procedimentos invasivos a que estão sujeitos, à permanência de dispositivos invasivos, à imunossupressão induzida, às comorbilidades e ao aumento da idade. Segundo Stijn et al. (2022) na última década observou-se uma redução nas IACS relacionadas com os procedimentos ou dispositivos invasivos, contudo nos SMI esta incidência ainda permanece elevada. Deste modo, procurou-se, diariamente, ter presente, cumprir e fazer cumprir as PBCI, mobilizando-se esforços neste sentido.

Se a estrutura física do SU era desfavorável no que concerne à adoção de medidas de controlo de infeção, a estrutura física do SMI e a sua organização, eram aspetos facilitadores da adesão dos profissionais ao cumprimento das PBCI: existiam vários lavatórios para a lavagem das mãos nas diversas salas do serviço; cada unidade do doente tinha uma solução antisséptica de base alcoólica para a desinfeção das mãos, existia também um *spray* de cloro-hexidina a 2% para a desinfeção de dispositivos intravasculares, aquando da administração de terapêutica, cloro-hexidina a 0,2% solução oral, para higiene oral dos doentes, pelo menos 3 vezes por dia.

Existia ainda uma distribuição de soluções antissépticas de base alcoólica em diversos pontos estratégicos (entrada do serviço, entrada de cada sala, junto dos computadores, bancada de preparação de terapêutica, entre outros) que permitiam a desinfeção regular das mãos por parte dos profissionais.

De forma a detetar precocemente focos de infeção, todos os doentes admitidos no serviço eram submetidos a rastreio, com a colheita de 2 hemoculturas aeróbias e anaeróbias, zaragatoa nasal, axilar e perianal para pesquisa de *staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), zaragatoa retal para pesquisa de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC), urocultura e colheita de aspirado traqueobrônquico. Estas colheitas eram realizadas de acordo com as orientações do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e as orientações da DGS.

Se algum doente apresentasse resultado positivo para microrganismo multirresistente, a equipa procurava seguir as precauções adequadas a cada tipo de isolamento (contacto, aéreo ou gotícula), alocava o doente num quarto de isolamento ou numa unidade mais resguardada com as cortinas corridas, indo de encontro ao preconizado pela DGS que indica que “a alocação deverá ser efetuada em local específico, afastado de zonas de passagem de outros doentes, desejavelmente com interposição de cama vazia e com separação física (...) um biombo ou cortina” (DGS, 2017c, p. 13).

Em relação à separação através de cortinas, estudos recentes concluem que a existência de cortinas são um fator de risco para a infeção cruzada e disseminação de microrganismos multirresistentes. Castelli et al. (2022) acrescenta ainda que o material não clínico, nomeadamente as cortinas das unidades dos doentes, podem alojar microrganismos potencialmente perigosos, sendo a sua higienização e descontaminação adequadas, um fator preponderante para a diminuição da infeção cruzada. No estudo de Shek et al. (2018) revelam que após 14 dias de utilização das cortinas é possível encontrar presente vários microrganismos, entre os quais o MRSA. Neste sentido, no SMI as cortinas que separavam as unidades dos doentes, eram de material lavável. Cabendo às assistentes operacionais procederem à sua higienização todos os dias no turno da manhã, aquando da alta do doente ou se visivelmente sujas, e ao enfermeiro a respetiva supervisão. Quando um doente era portador de um microrganismo multirresistente era colocada uma sinalética junto da cama a sinalizar este facto, de forma a reforçar a importância da higiene das mãos e das medidas de controlo de infeção, assim como reforçados os ensinamentos à família.

A DGS preconiza a implementação nos serviços dos diferentes “feixes de intervenção”, com o objetivo de prevenir a infeção urinária associada ao cateter vesical, prevenir a infeção relacionada com cateter venoso central (CVC), prevenir a infeção do local cirúrgico e prevenir a pneumonia associada à intubação. (DGS, 2015, p. 13).

Ainda no serviço de SMI, no que diz respeito à prevenção da pneumonia associada à intubação percebeu-se que o feixe de intervenção se encontrava totalmente implementado, e era cumprido pelos enfermeiros e a sua execução era documentada no processo clínico. Os restantes feixes de intervenção não se encontravam implementados integralmente no serviço, cumprindo-se apenas partes dos mesmos. Quando questionada a equipa sobre a razão pela qual não se encontram os feixes de intervenção totalmente implementados, foi referido que ainda não tinham existido orientações do GCL-PPCIRA, nesse sentido. Contudo, o SMI desta unidade hospitalar, apresentou no ano de 2021 uma taxa de bacteriemia associada a cateteres vasculares de 0%, uma taxa de pneumonia associada ao ventilador de 1,8% e uma taxa de infeção relacionada com o cateter vesical de 1,4%. Esta baixa incidência de infeção poderá estar relacionada com um tempo de internamento relativamente curto, que rondou em média os 4 dias em 2021.

Em ambiente PH a prestação de cuidados era realizada em ambientes pouco controlados (habitações ou locais de trabalho) ou em ambientes com condições extremas (via pública ou dentro de viaturas), onde na maioria das vezes não existia qualquer informação clínica da vítima, o que dificultava o controlo de infeção e a adoção de medidas básicas de controlo de infeção. Segundo Pereira et al. (2020) a gestão do risco infeccioso em ambiente PH, é distinto do experienciado dentro das instituições de saúde, nomeadamente: incapacidade de controlar o ambiente no local das ocorrências, ausência de informação sobre o estado infeccioso do doente, realização de procedimentos invasivos em ambiente PH, exposição dos profissionais a fluidos orgânicos durante procedimentos e transporte de doentes em espaços de pequena dimensão. Para responder às necessidades sentidas pelos profissionais e de forma a melhorar a abordagem ao doente no que diz respeito ao controlo de infeção, o INEM implementou em 2014 a Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos com o objetivo de diminuir o risco de IACS em contexto PH (INEM, 2020c).

Durante as várias situações de cuidados que ocorreram durante este EC, procurou-se ter presente a premissa que todos os doentes são potenciais focos de infeção. Na abordagem à

vítima adotaram-se as Precauções Básicas de Controlo de Infecção, com o intuito de garantir a qualidade e a segurança dos cuidados.

Uma das peculiaridades do contexto PH é que nem sempre existe um local para a lavagem adequada das mãos. O estudo de Vikke et al. (2019) revela que existe uma baixa adesão à higiene das mãos, antes do contacto com o doente ou antes da realização de qualquer procedimento, mas que existe uma maior adesão após contacto com o doente.

O mesmo estudo revela uma utilização excessiva e desadequada no uso de luvas pelos profissionais em contexto PH, demonstra também que em 21% dos casos observados foi usado o mesmo par de luvas, por parte do profissional de saúde, na vítima após ter tocado num local contaminado, o que manifesta uma cultura de autoproteção em vez de proteção da vítima. Apesar de nem sempre ser possível higienizar as mãos com água e sabão, existiu a preocupação da desinfeção das mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica, disponível na ambulância.

A descontaminação e desinfeção dos equipamentos e ambulância, foi uma preocupação igualmente partilhada por todos, tendo o cuidado de após cada utilização se proceder à adequada desinfeção dos equipamentos, indo de encontro ao preconizado pelo INEM.

A preocupação pela adoção das PBCI, foi patente ao longo de todos os EC, considera-se este domínio trabalhado e adquirido.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA NA EVIDÊNCIA

1. DOR EM CONTEXTO DE SESSÃO DE HEMODIÁLISE: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Os enfermeiros, pelas funções que lhe estão inerentes, assumem um papel preponderante perante o doente com DRC durante a sessão de HD, quer na avaliação e monitorização do doente durante a sessão, vigilância de complicações decorrentes do tratamento e na promoção da qualidade de vida de cada doente.

A dor em contexto de sessão de HD é uma realidade que acomete uma grande percentagem de doentes que sofre de DRC, não só pela evolução da doença, mas muitas das vezes decorrente do próprio tratamento. Neste sentido, os enfermeiros têm de ter um papel ativo na avaliação e controlo de dor no doente com DRC em sessão de HD, sendo necessária uma mudança na abordagem do doente com dor durante a sessão de HD.

O presente projeto foi desenvolvido numa clínica de hemodiálise do centro do país, onde após ter sido auscultada a equipa de enfermagem, se identificou que temática de dor em contexto de sessão de HD carecia de intervenção, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados e a qualidade de vida do doente. Da necessidade de mudança, surgiu a pertinência do projeto de melhoria contínua, que será apresentado neste capítulo em formato de artigo científico, segundo as normas da Revista *Nursing Reports*.



Artigo

Dor em contexto de sessão de Hemodiálise: Projeto de melhoria contínua da qualidade.

Rita Rodrigues¹ e Cristina Costeira²

¹ Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Politécnico de Leiria; Clínica Diaverum-Pombal, Portugal; ritarodrigues_9@hotmail.com

² Professora Ajunta do Departamento Ciências em Enfermagem, Politécnico de Leiria; CiTechCare; UICISA: E. Leiria, Portugal. cristina.costeira@ipleiria.pt

* Correspondência: ritarodrigues_9@hotmail.com

Abstract: Um dos sintomas frequentemente manifestados por doentes com Doença Renal Crónica (DRC) é a dor, relacionada com a evolução da doença, com as comorbilidades apresentadas pelos doentes e com a imobilidade necessária à realização do tratamento dialítico. Os enfermeiros devem estar despertos para esta realidade, de forma a dirigirem as suas intervenções para uma gestão eficaz de dor durante a sessão de hemodiálise (HD). O estudo tem como objetivos descrever as características de dor em doentes com DRC de uma unidade de HD em Portugal; implementar um protocolo de avaliação de dor em sessão de HD; avaliar a satisfação da equipa de enfermagem em relação às medidas implementadas. O estudo foi realizado numa clínica de HD do centro de Portugal, desenhou-se em três fases: a) diagnóstico da situação; b) implementação de intervenções e c) avaliação das mesmas. Inicialmente, auscultados 75 doentes, com uma idade média de $71 \pm 12,6$ anos, dos quais 64% referiram sentir dor no seu dia-a-dia e 48% durante a sessão de HD. Após a implementação de protocolo de dor, verificou-se que dos 13 enfermeiros auscultados, 100% considerou importante a existência do protocolo de avaliação de dor, e obteve-se uma média de satisfação dos enfermeiros de $7,92 \pm 1,32$ (escala de 0-10) com as intervenções implementadas. No sentido de melhorar a qualidade de vida destes doentes, é importante os enfermeiros mobilizarem estratégias para uma gestão eficaz de dor durante o tratamento dialítico.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Dor; Doença Renal Crónica; Hemodiálise

Citação: A ser adicionado pela equipe editorial durante a produção.

Editor Académico: Nome Sobrenome

Recebido: data

Revisado: data

Aceito: data

Publicado: data



Direito autoral: © 2023 pelos autores. Enviado para possível publicação em acesso aberto sob os termos e condições da licença Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera as doenças crónicas uma das maiores ameaças para a população no século XXI, capazes de afetar qualquer pessoa em qualquer parte do mundo, sendo que no ano de 2000 estas foram responsáveis por 61% das causas de mortes em todo o mundo, tendo em 2019 aumentado esta taxa para 74% [1].

Em Portugal, uma das doenças crónicas com elevada incidência e prevalência é a Doença Renal Crónica (DRC), com elevados custos associados ao seu tratamento e terapêutica medicamentosa [2]. A *National Kidney Foundation* refere que a DRC é progressiva, caracterizada por cinco estádios. No primeiro estadio não existem clinicamente ou laboratorialmente alterações significativas, visto que os nefrónios saudáveis compensam a perda de capacidade dos restantes, do segundo estadio até ao quarto, existe uma perda progressiva da função renal. O quinto estadio é o último e reflete a existência de falência renal, com indicação para início de terapêutica de substituição da função renal, de hemodiálise (HD) ou de transplante renal [3].

O tratamento de substituição da função renal de eleição é a HD, que permite substituir de forma parcial as funções do rim, nomeadamente no que diz respeito à filtração do sangue e eliminação de líquidos. Estima-se que 90% dos doentes com doença DRC, se encontra a realizar HD como meio de manutenção da vida [4]. Em Portugal, segundo Galvão no ano de 2022, existiam 12.878 pessoas em HD [5].

O tratamento dialítico aumenta a esperança média de vida dos doentes com DRC, contudo acarreta diferentes efeitos adversos como a presença de dor, caibras, náuseas,

vômitos, hipotensão, entre outras intercorrências que afetam negativamente a qualidade de vida do doente [6]. As complicações não são sentidas somente a nível físico, mas também a nível psicológico, social e espiritual, o que exige cuidados específicos, um acompanhamento atento e individualizado, por parte dos profissionais de saúde. É de extrema importância compreender toda a complexidade intrínseca à DRC, para que se consiga proporcionar um tratamento de excelência e concomitantemente uma maior qualidade de vida ao doente [7]. Nomeadamente a dor que é uma das complicações dialíticas, que perfaz cerca de 40% das queixas dos doentes [8], que por ser limitativa e incapacitante para o doente interfere com a sua qualidade de vida. Sendo reconhecido que a dor ainda é negligenciada pelos profissionais de saúde [9].

1.1. A dor na atualidade

A dor é definida como sendo uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual ou potencial [10]. A sua classificação pode-se basear em diferentes critérios. A nível temporal pode classificar-se como aguda ou crónica, ou pode-se classificar em dor nociceptiva ou neuropática, com base em mecanismos fisiopatológico [10]. A dor aguda pode ser considerada um sintoma de doença ou lesão, tem uma curta duração e tende a desaparecer ao fim de alguns dias/semanas, ou quando se remove o fator desencadeante. A dor crónica pode ser definida como uma dor que persiste ao longo de mais de três meses, considerada como uma doença que provoca debilidade e depressão profunda, acarreta consequências nas atividades diárias do indivíduo com alteração da sua qualidade de vida [11].

A experiência dolorosa é considerada um problema de saúde pública, estima-se que 30% da população mundial sofra de dor, exercendo uma enorme pressão sobre os serviços de saúde [12,13]. Neste sentido, as questões relacionadas com a abordagem de dor têm vindo a emergir nos últimos anos e vários foram os modelos teóricos que foram surgindo. Atualmente, a abordagem de dor crónica é encarada não tendo apenas em consideração os sintomas físicos, mas é perspetivada como uma interação de diferentes aspetos biológicos, psicológicos e sociais [14], e encontra-se associada a níveis elevados de ansiedade e de depressão [15].

O processo de dor crónica é iniciado pela perceção de um estímulo doloroso, de seguida é desencadeado um processamento e interpretação cognitiva do estímulo, que leva o indivíduo a ter determinado comportamento e resposta perante determinado estímulo doloroso. O processamento cognitivo é influenciado por crenças pessoais, valores e pelo ambiente [16]. A abordagem da dor pela visão do modelo biopsicossocial, revela que a deteção precoce dos fatores psicossociais que interferem na dor, permitem uma mudança da estratégia terapêutica e acelera o tratamento eficaz de dor.

1.2. A dor no doente com doença renal crónica

A dor no DRC tem como etiologia a evolução da própria doença (doença óssea renal), por procedimentos durante a HD, por presença de doença subjacente ou de comorbilidades, tais como a doença arterial periférica isquémica, neuropatia diabética, entre outras. Tem uma maior incidência nos membros superiores, inferiores, tórax e abdómen [17].

Quanto à descrição da sua dor, a maioria dos DRC descrevem-na como uma “guinada fina e perceptível”, que incomoda e leva à exaustão. Relativamente à sua intensidade, a dor foi predominantemente de intensidade moderada (67,8%), seguida de intensa (27,8%), através da utilização da Escala Visual Analógica da Dor (EVA) [18].

1.3. Gestão e tratamento de dor

Pela prevalência elevada de dor crónica na população em geral, é fundamental uma mudança de paradigma na abordagem da dor, que passa essencialmente por uma abordagem multiprofissional e multimodal na gestão de dor, sendo o foco de atenção não só o tratamento farmacológico, mas a complementaridade com o tratamento não farmacológico [19].

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, na Circular Normativa n.º 09 de 2003, regulamenta que a Dor deve ser abordada como se do 5.º sinal vital se tratasse. Esta deve ser avaliada, registada de forma regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a melhorar a qualidade de vida do doente e a sistematizar os cuidados de enfermagem na abordagem de dor. A sua correta avaliação permite monitorizar consistentemente a mesma, desenvolver estratégias adequadas ao seu tratamento [20].

A Ordem do Enfermeiros Portugueses no seu guia “Dor – Guia Orientador de Boa Prática” elabora alguns princípios da avaliação e controlo da dor nomeadamente: toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor; a dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica; a percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa; a avaliação e controlo da dor exige formação contínua; o controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar; a dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo, pelo que deve ser prevenida; os enfermeiros devem defender mudança de políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor; entre outros [21].

A gestão da dor deve ser realizada com o recurso adequado a instrumentos de avaliação da dor. Para tal, existem métodos de avaliação da intensidade de dor unidimensionais e multidimensionais [11]. Os unidimensionais, avaliam a dor com recurso a um valor numérico ou qualitativo, como são exemplo a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Numérica, Escala de Faces, entre outras. As escalas multidimensionais avaliam a dor em diferentes dimensões, integram a dimensão sensitiva, dimensão emocional-afetiva e cognitivo-avaliativa da dor, doença atual e sintomas que lhe estão associados, como exemplo o Questionário da Dor de McGill ou o *Brief Pain Inventory* (BPI) [21]. A mensuração adequada da dor, recorrendo ao uso de escalas validadas, permite a identificação correta da intensidade da dor, levando ao desenvolvimento de intervenções mais adequadas ao alívio da dor [22].

Atualmente, as estratégias mais utilizadas passam por uma abordagem farmacológica de alívio da dor [8]. Contudo, as estratégias não farmacológicas deverão ser igualmente utilizadas e com enorme benefício para o doente. Por exemplo, a utilização de técnicas relaxamento muscular são consideradas eficazes na redução da dor além de melhorar a qualidade de vida do doente [23]. As técnicas de respiração, acupressão e musicoterapia são também estratégias não farmacológicas identificadas como eficazes na redução da dor, nestes doentes [24]. A aplicação de compressas quentes durante a sessão de HD, tem-se, também revelado eficaz na redução e alívio de dor [25]. A complementaridade de uma abordagem farmacológicas e não farmacológicas, é benéfica para na gestão de dor, contudo esta deve ser individualizada e ajustada às necessidades de cada um [26].

A dor ineficazmente gerida acarreta consequências não só para o próprio doente, como também para a sociedade, os custos indiretos são muito elevados, nomeadamente, devido à perda de produtividade pelo absentismo e presenteísmo, atribuição de compensações e subsídios [27].

Pelas repercussões que a dor pode acarretar aos doentes com DRC, surge a pertinência deste estudo, que tem como objetivos: i) avaliar a presença de dor no doente com DRC numa clínica de hemodiálise do centro de Portugal durante o período temporal de novembro a dezembro de 2022; ii) implementar estratégias de melhoria no processo de avaliação de dor no doente com DRC durante a sessão de HD; iii) avaliar a satisfação dos enfermeiros com as medidas implementadas.

2. Materiais e métodos

2.1. Tipo de estudo

Realizado um projeto de melhoria contínua da qualidade, baseada numa abordagem de investigação-ação, desenvolvido numa clínica de HD da região centro de Portugal, desenvolvido entre novembro de 2022 e maio de 2023. A clínica de HD integra um grupo

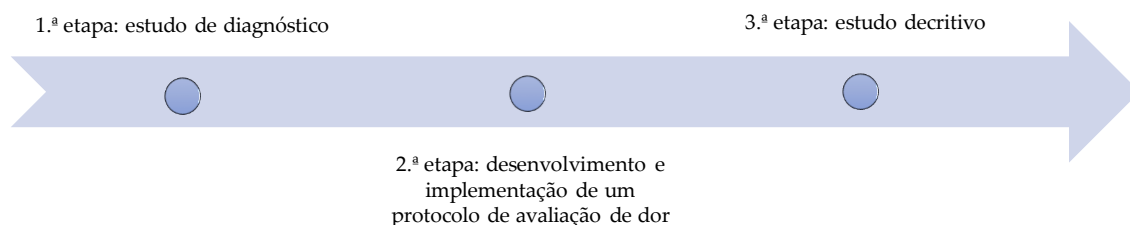
de gestão privada que detém várias clínicas no país e no mundo. Esta tem como missão melhorar a qualidade de vida dos doentes renais. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, farmacêutica, nutricionista, assistente social e administrativos. O preconizado para cada doente, é que este realize sessões de HD três vezes por semana, com a duração de quatro horas cada. Existem algumas exceções, de acordo com as especificidades de cada doente, podendo exigir um aumento do número de sessões semanais e adequação dos tempos de tratamento.

Para a elaboração deste trabalho foi considerado o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (Apêndice A).

2.2 Desenho do Estudo

O estudo foi desenvolvido em três etapas (Figura 1): a primeira consistiu num estudo de diagnóstico, com a aplicação de um questionário aos doentes com questões caracterizadoras de dor aplicado pelos enfermeiros que se encontravam a cuidar do doente; a segunda etapa, decorreu num período de aproximadamente um mês, consistiu no desenvolvimento e implementação de estratégias de melhoria fundamentadas na evidência científica recente e baseadas nos dados obtidos na etapa um. Assim foi desenvolvido um protocolo de avaliação de dor durante a sessão de HD, apresentado à equipa durante uma sessão de formação presencial, com a duração de 30 minutos, onde foi dado a conhecer o protocolo através da apresentação dos seus objetivos e a sua operacionalização. Após a sua apresentação à equipa foi implementado durante o mês de abril de 2023, durante a sessão de HD; Na terceira etapa foi aplicado um questionário eletrónico de autopreenchimento à equipa de enfermagem, com o objetivo de avaliar a sua satisfação acerca das medidas desenvolvidas e implementadas através de um estudo descritivo.

Figura 1. Visão Geral das Fases do Estudo



2.3. População e amostra

No estudo de diagnóstico (1.ª etapa) foram auscultados 75 doentes com DRC em HD, que realizaram programa regular de HD no período compreendido entre novembro e dezembro de 2022 e que cumpriam os critérios de inclusão, num total de 94 doentes, que constituíam o número total de doentes em HD, durante aquele período de tempo.

No estudo descritivo (3.ª etapa) participaram 13 enfermeiros de um total de 20, representando a população em 65%.

2.3.1. Critérios de inclusão e exclusão

Para a obtenção da amostra do estudo de diagnóstico, na 1.ª etapa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: doente com DRC estadio 5, em programa regular de HD há 1 ano ou mais, ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos todos os doentes, que não se encontravam capazes de responder às questões realizadas e/ou manifestassem desejo de não participar no estudo. Foram excluídos do estudo 19 utentes por não cumprirem os critérios de inclusão descritos.

Na 3.ª etapa do projeto foram incluídos todos os enfermeiros, do serviço que responderam ao questionário eletrónico, enviado para o email profissional, durante o mês de maio de 2022.

2.4. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de dois questionários, elaborados pelo investigador, sendo um deles dirigido aos doentes (1ª etapa) e o outro dirigido aos enfermeiros (3ª etapa).

O questionário dirigido aos doentes, era composto por perguntas de resposta fechada, encontrava-se dividido em quatro partes: a) caracterização sociodemográfica; b) caracterização clínica; c) caracterização de dor diária; d) caracterização de dor durante a sessão de hemodiálise. Tratou-se de um questionário de hétero-preenchimento, aplicado pelo investigador aos doentes durante a sessão de hemodiálise. Tinha como tempo médio de preenchimento 10 minutos.

O questionário dirigido aos enfermeiros (etapa 3) era composto por perguntas de resposta fechada e duas questões de resposta aberta, relacionadas com sugestões de melhoria do protocolo e na abordagem de dor durante a sessão de HD. Encontrava-se dividido em duas partes: a) caracterização sociodemográfica e profissional; b) avaliação do protocolo e da sua implementação. Tratou-se de um questionário de auto-preenchimento, enviado para o email profissional, após a fase de implementação do protocolo de avaliação de dor do doente com DRC em sessão de HD. Tinha como tempo de preenchimento médio 5 minutos.

2.5. Tratamento dos dados

Os dados obtidos foram sujeitos a tratamento estatístico, com recurso ao *Statistical Program for Social Sciences*® (SPSS®) versão 28.0.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva: frequências absolutas (n) e frequências relativas (%), medidas de tendência central ou de localização: média (M); medidas de dispersão ou variabilidade: desvia padrão (s).

Para as questões abertas, no questionário dois, foram categorizadas as respostas com base na análise das mesmas. As questões estavam direcionadas para as sugestões de melhoria na abordagem de dor durante a sessão de HD e com as sugestões de melhoria relacionadas com o protocolo. Para a primeira questão, relacionada com sugestões de melhoria na abordagem de dor, foram criadas duas categorias: formação e gestão não farmacológica de dor. Na segunda questão, relacionada com sugestões de melhoria do protocolo, foi criada a categoria: registos de enfermagem.

2.6. Procedimentos éticos

Foi obtido parecer favorável pelo Comitê de Ética da Clínica com código n. 07/2022. E obtido consentimento informado de todos os participantes na etapa 1 e etapa 3.

Para o desenvolvimento do estudo foram assegurados e respeitados os princípios éticos enunciados pela Declaração de Helsínquia. Ao ser garantido que os questionários aplicados não retiveram identificação dos participantes e que estes poderiam desistir em qualquer fase da investigação.

3. Resultados

3.1. Caracterização Sociodemográfica e clínica dos doentes

Na 1ª fase do estudo, participaram 75 doentes.

Como se pode observar na Tabela 1, a média de idades dos doentes da amostra é de 71,48±12,70 anos, tendo o mais novo 35 anos e o com mais idade 93 anos, 64,0% eram do género masculino.

No que diz respeito à residência 81,3% habitavam em meio rural e detinham em 60% o ensino primário (1º - 4º ano) de habilitações literárias.

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica dos Doentes

Variáveis	M	SD	Max	Min
Idade	71,48	12,70	35	93

		n	%
Género	Masculino	48	64,0
	Feminino	27	36,0
Residência	Rural	61	81,3
	Urbano	14	18,7
Habilitações Literárias	Não sabe ler e/ou escrever	11	14,7
	Ensino primário	45	60,0
	1º Ensino Básico	7	9,3
	2º Ensino básico	6	8,0
	Ensino Secundário	3	4,0
	Ensino Superior	3	4,0

Legenda: M – Média; DV – Desvio Padrão; n – tamanho da amostra; % - percentagem; **Max** – Valor máximo; **Mín** – Valor Mínimo

Na Tabela 2, podemos observar as características clínicas dos doentes. Em relação ao tempo médio em HD, verificou-se que este era de $4,72 \pm 3,91$ anos, que 98,7% dos doentes realiza tratamento 3 vezes por semana. Em relação ao acesso vascular para HD 86,7% dos doentes detinha Fístula Arteriovenosa (FAV). Relativamente à localização anatómica dos acessos vasculares (FAV e PTFE) a sua maioria (77,3%) localizavam-se no membro superior esquerdo.

Tabela 2. Caracterização Clínica dos Doentes

Variáveis	M	DV	Max	Mín
Tempo em Diálise	4,72	3,91	18	1
		n	%	
Frequência de tratamentos por semana	3 vezes por semana	74	98,7	
	4 vezes por semana	1	1,3	
Acesso vascular	FAV	65	86,7	
	PTFE	6	8,0	
	CVC	4	5,3	
Localização do acesso vascular	Membro Superior Esquerdo	58	77,3	
	Membro Superior Direito	13	17,3	
	Cateter Central	4	5,3	

Legenda: M – Média; DV – Desvio Padrão; n – tamanho da amostra; % - percentagem; **Max** – Valor máximo; **Mín** – Valor Mínimo

3.2. Caracterização de dor no doente com DRC

A Tabela 3, apresentam-se os resultados dos doentes quando inquiridos sobre a presença de dor diária, pré e pós sessão de HD. Quanto às questões se sentiam dor, 64% responderam que sim, e há quanto tempo sentiam essa dor, obteve-se uma média de tempo de $3,64 \pm 2,7$ anos. Contudo 23 doentes (n=23) que responderam afirmativamente, não conseguiram especificar cronologicamente o início da sua dor.

61,3% dos doentes caracterizam a sua dor como sendo intermitente, e predominante nos membros inferiores (20%) e na região lombar (20%), seguindo-se a dor osteoarticular (18,7%). As características de dor mais mencionadas pelos doentes, foi do tipo moedeiro (32,0%) e pontada (18,7%).

Em relação à irradiação de dor, 50,7% referiram que a dor não irradiava para outra zona do corpo. Dos doentes que referiram que a sua dor irradiava, 9,3% mencionou os membros inferiores.

Em relação à intensidade da dor, esta situa-se em termos numéricos nos 5,46. Em termos qualitativos a dor de intensidade leve foi mencionada por 5 dos doentes (n=5), a de intensidade moderada referida por 23 dos doentes (n=23) e de intensidade elevada por 7 dos doentes (n=7). A escala de avaliação da intensidade de dor mais utilizada foi a Escala Qualitativa em 46,7% dos doentes e apenas em 17,3% foi utilizada a Escala Numérica.

Quando inquiridos sobre se habitualmente autoadministravam medicação para a dor 36% responderam que sim. Sendo que, quando questionados sobre qual a medicação 17,3% respondeu Paracetamol, 4% Metamizol e na mesma percentagem Tramadol.

Em relação à questão, se a dor limitava a atividade diária, as respostas foram semelhantes com uma percentagem de 32% para doentes que responderam sim e a mesma percentagem para não. Dos doentes que responderam sim, estes na sua grande maioria (29,3%) referem que esta limitava a sua mobilidade.

Quando questionados sobre o seguimento em consulta de dor, apenas 2,7% (n=2) responderam sim e 45,3% responderam que não eram seguidos em consulta de dor.

Tabela 3. Caracterização de Dor Diária no Doente

Variáveis		M	DV	Max	Min
Há quanto tempo sente dor		3,64	2,7	10	1
Qual a intensidade de dor		5,46	1,51	8	3
		n	%		
Sente dor	Sim	48	64,0		
	Não	27	36,0		
Duração de dor	Intermitente	46	61,3		
	Contínua	2	2,7		
Localização de dor	Membros inferiores	15	20,0		
	Região lombar	15	20,0		
	Osteoarticular	14	18,7		
	Cefaleias	3	4,0		
	Outra	1	1,3		
Dor irradia	Não	38	50,7		
	Sim	10	13,3		
Para que zona do corpo irradia	Membros inferiores	7	9,3		
	Região lombar	2	2,7		
	Ombro direito	1	1,3		
Qualidade de dor	Dor tipo moedeiro	24	32,0		
	Dor tipo pontada	14	18,7		
	Dor tipo câibra	6	8,0		
	Dor tipo formigueiro	2	2,7		
	Dor tipo queimadura	2	2,7		
Instrumento de avaliação de dor utilizado	Escala qualitativa	35	46,7		
	Escala numérica	13	17,3		
Habitualmente toma medicação para a dor	Sim	27	36,0		
	Não	21	28,0		
Qual a medicação que toma para a dor	Paracetamol	13	17,3		
	Metamizol	3	4,0		
	Tramadol	3	4,0		
	Pregabalina	2	2,7		
	Desconhece	6	8,0		
A dor limita a sua atividade diária	Sim	24	32,0		
	Não	24	32,0		

De que forma afeta a sua atividade diária	Mobilidade	22	29,3
	Sono	2	2,7
É seguido na consulta de dor?	Não	34	45,3
	Sim	2	2,7

Legenda: M – Média; DV – Desvio Padrão; n – tamanho da amostra; % percentagem; **Max** – Valor máximo; **Min** – Valor Mínimo

No que diz respeito à caracterização de dor durante a sessão de HD, Tabela 4, quando inquiridos sobre a presença de dor durante a sessão, 48%, referiu presença de dor. Quanto à sua localização, os membros inferiores e a região lombar, são as localizações mais identificadas (18,7%).

A dor de características de moedeiro (20%) foi a mais mencionada seguindo-se a câibra (12%) e a pontada (10,7%).

De ressaltar que 28% dos doentes questionados, estes referiram que a dor agravava durante a sessão de HD.

Quando questionados sobre os fatores que agravam a sua dor, 11 (n=11) referiram que o repouso inerente ao tratamento agravava a dor. Em relação às estratégias mais utilizadas para alívio de dor, 32% dos doentes referiram que alterar a posição do corpo (posicionamento) aliviava a dor, sendo que o recurso a medicação analgésica foi identificado por 14,7% dos doentes.

A terapêutica mais utilizada para alívio de dor era o paracetamol (10,7%) ou o Metamizol (4,0%).

Tabela 4. Caracterização de Dor Durante a Sessão de Hemodiálise

Variáveis		n	%
Sente dor durante a sessão de hemodiálise	Não	39	52,0
	Sim	36	48,0
Localização de dor	Membros inferiores	14	18,7
	Região lombar	14	18,7
	Membros Superiores	3	4,0
	Cefaleias	3	4,0
	Osteoarticular	1	1,3
	Outra	1	1,3
Qualidade de dor	Dor tipo moedeiro	15	20,0
	Dor tipo câibra	9	12,0
	Dor tipo pontada	8	10,7
	Dor tipo formigueiro	2	2,7
	Dor tipo queimadura	2	2,7
A dor agrava durante a sessão de hemodiálise	Sim	28	37,3
	Não	8	10,7
Qual a estratégia de alívio de dor mais utilizada	Posicionamento	24	32,0
	Medicação	11	14,7
	Outra	1	1,3
Habitualmente toma medicação para a dor durante a sessão de hemodiálise	Não	25	33,3
	Sim	11	14,7
Qual a medicação que toma para a dor durante a sessão de hemodiálise	Paracetamol	8	10,7
	Metamizol	3	4,0

Legenda: n – tamanho da amostra; % percentagem

3.3. Avaliação da Satisfação dos Enfermeiros acerca das medidas implementadas

Na última fase do estudo e após a implementação das estratégias planeadas para avaliação de dor do doente em sessão de HD, foram auscultados os profissionais de saúde

relativamente à sua satisfação com o protocolo desenvolvido e as medidas implementadas para avaliação de dor durante a sessão de HD.

Na Tabela 5 são apresentados os dados relacionados com a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra. Os enfermeiros tinham como idade média $38,38 \pm 3,86$ anos, constituída maioritariamente por profissionais do sexo feminino (84,6%). Relativamente à categoria profissional apenas 23,1% (n=3) detinham título de enfermeiro especialista.

Quando questionados sobre a formação na área de dor 76,9% referiram que não detinham formação nesta área. No entanto todos os inquiridos (n=13) consideraram importante receber formação na área de dor.

Tabela 5. Caracterização Profissional da Amostra de Enfermeiros

Variáveis		M	DV	Max	Min
Idade		38,38	3,86	49	35
Tempo de experiência profissional		15,54	4,18	26	10
		n	%		
Género	Feminino	11	84,6		
	Masculino	2	15,4		
Categoria profissional	Enfermeiro	10	76,9		
	Enfermeiro Especialista	3	23,1		
Possui formação na área de dor	Não	10	76,9		
	Sim	3	23,1		
Considera importante receber formação na área de dor	Sim	13	100,0		

Legenda: M – Média; DV – Desvio Padrão; n – tamanho da amostra; % percentagem; Max – Valor máximo; Min – Valor Mínimo

Na Tabela 6 são apresentados os resultados relativos à satisfação dos enfermeiros com as estratégias implementadas. Deste modo podemos verificar que o grau de satisfação de situa nos $7,92 \pm 1,32$, numa escala de 0 a 10, sendo que não se obteve nenhuma resposta com valor inferior a 5.

Quando questionados sobre a importância que cada um atribuía ao momento de avaliação de dor, a maioria considerou muito importante 61,5% e quando questionados se consideravam importante a existência de um protocolo de avaliação de dor durante a sessão de HD, todos os profissionais (n=13) responderam afirmativamente.

Em relação à adequação do protocolo implementado ao contexto clínico, isto é, à sessão de HD, 69,2% consideraram adequado e 15,4% consideraram pouco adequado. 92,3% referiram que o protocolo era fácil de aplicar e 92,3% avaliaram o protocolo como sendo eficaz para avaliação de dor durante a sessão de HD.

Relativamente às questões se consideravam a gestão de dor mais eficaz depois da implementação do protocolo e se este conferia uma maior visibilidade à avaliação de dor durante a sessão de HD, todos os profissionais (100%) responderam que sim.

Ainda, quando inquiridos se a sua abordagem ao doente com dor durante a sessão de HD tinha melhorado após a implementação do protocolo 92,3% responderam afirmativamente.

Em relação à fase de implementação do protocolo 84,6% consideraram que foi dada a formação adequada e o apoio suficiente por parte do investigador, e quanto ao tempo de adaptação, 92,3% consideraram que este foi suficiente.

Todos os inquiridos (100%) responderam que o protocolo veio contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente com DRC em sessão de HD.

Tabela 6. Avaliação da Satisfação dos Enfermeiros

Variáveis		M	DV	Max	Min
Grau de satisfação em relação ao protocolo		7,92	1,32	10	5
		n	%		
Importância da avaliação de dor durante a sessão HD	Importante	5	38,5		
	Muito Importante	8	61,5		
Considera importante existir um protocolo de avaliação de dor durante a sessão de HD	Sim	13	100,0		
Como avalia a adequação do protocolo ao contexto clínico	Pouco adequado	2	15,4		
	Adequado	9	69,2		
	Muito adequado	2	15,4		
A gestão de dor dos doentes é mais eficaz depois da implementação do protocolo	Sim	13	100,0		
Considera que a sua abordagem ao doente com dor melhorou após a implementação do protocolo	Sim	12	92,3		
	Não	1	7,7		
O protocolo veio permitir dar visibilidade à avaliação de dor durante a sessão de HD	Sim	13	100,0		
Considera o protocolo fácil de aplicar durante a sessão de HD	Sim	12	92,3		
	Não	1	7,7		
Considera o protocolo eficaz para avaliação de dor durante a sessão de HD	Sim	12	92,3		
	Não	1	7,7		
Considera que o protocolo foi implementado adequadamente	Sim	12	92,3		
	Não	1	7,7		
Considera que foi dada formação/apoio adequado sobre o protocolo a ser implementado	Sim	11	84,6		
	Não	2	15,4		
Considera que o protocolo veio contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente	Sim	13	100,0		

Legenda: M – Média; DV – Desvio Padrão; n – tamanho da amostra; % percentagem; Max – Valor máximo; Min – Valor Mínimo

O segundo questionário apresentava ainda, duas questões de resposta aberta, onde era pedido aos inquiridos que deixassem algumas sugestões de melhoria. Uma das questões estava relacionada com sugestões de melhoria na abordagem de dor ao doente com DRC durante a sessão de HD, dos quais apenas cinco dos treze enfermeiros responderam, sendo possível agrupar as sugestões em duas áreas temáticas: formação (n=3) e na gestão não farmacológica de dor (n=2). Sugeriram que a formação na área da dor deveria ser realizada a toda a equipa multidisciplinar. E que deveriam ser encabeçadas estratégias não farmacológicas de forma sistematizada e uniformizada pelos elementos da equipa.

A segunda questão aberta encontrava-se relacionada com sugestões de melhoria para o protocolo implementado. Dos treze enfermeiros quatro apresentaram sugestões de melhoria todas relacionadas com a necessidade de melhoria dos *softwares* de registo. Os enfermeiros identificaram a necessidade de melhorar o processo de registos, sendo sugerido que a aplicação atual pudesse permitir a introdução da avaliação detalhada de dor na plataforma de vigilância hemodinâmica do doente durante a sessão de HD.

4. Discussão

O projeto de melhoria contínua da qualidade realizado veio evidenciar que a média de idade dos doentes em tratamento dialítico era de $71 \pm 12,6$ anos, valor mais elevado que o apresentado nos dados do Relatório Anual da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, que descrevia com média de idade dos doentes em HD em 2022, nos 68,38 anos [28]. Esta diferença pode ser explicada pelo contexto geográfico mais envelhecido, visto que o envelhecimento da população e a esperança média de vida são um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DRC, associado ao aumento da prevalência de doentes portadores de diabetes e hipertensão arterial [29].

A amostra era constituída maioritariamente por doentes do género masculino 64%, dados que corroboram os dados apresentados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia que 60% dos doentes em HD são do género masculino [30].

No que concerne à presença de dor, 64% respondeu sentir dor antes e após realização do tratamento e 48% referiu a presença de dor intradialítica, resultados corroborados pelo estudo desenvolvido por Sousa et al. [31] que identificaram uma prevalência de dor crónica de 56,6% e relativamente à dor intradialítica de 30,1%. Contudo, existe um estudo que evidenciou níveis mais elevados de dor aguda no doente com DRC, com uma prevalência de dor aguda de 60% e de dor crónica de 48% [9], sabendo-se que a dor aguda ineficazmente gerida tende a persistir e adquirir características de cronicidade [14].

Em relação à localização de dor em período pré e pós tratamento, os membros inferiores (20%), a região lombar (20%) e a dor osteoarticular (18,7%) foram os locais mais referenciados pelos doentes, estes resultados foram também identificados pelos estudos de Sousa et al. [31]. Os predomínios destas localizações estão, na sua maioria, relacionados com a evolução da DRC e pela presença de doença renal óssea [17].

Identificou-se no estudo, um valor de intensidade de dor de 5,46 (0-10), quando avaliada através da escala numérica de dor. Quando utilizada a escala qualitativa (dor reduzida, dor moderada, dor intensa, dor máxima) a intensidade de dor mais referida foi a dor moderada ($n=23$). Estes dados vão de encontro aos resultados encontrados no estudo de Kuzstal et al. onde 57% dos doentes referiram sentir uma dor de intensidade moderada, com uma média de intensidade de $5,01 \pm 1,3$ quando avaliada pela escala numérica de dor [32]. Contudo o estudo de Santos et al. a intensidade de dor prevalente foi a dor leve (38,5%) quando utilizada a escala qualitativa e quando utilizada a escala numérica a intensidade de dor situou-se nos $6,11 \pm 0,42$ [17]. No que diz respeito às características de dor, este estudo difere de outros estudos anteriores, tendo sido identificadas as características de moedeiro (32%), como a mais frequente contrariamente à dor de características de pontada, identificada, como a mais frequente em outros estudos [20]. Esta diferença pode ser explicada pela dificuldade que o doente tem em caracterizar a sua dor e conferir-lhe descritores. Sendo a dor uma experiência subjetiva que envolve uma interação complexa de influências fisiológicas, psicossociais, culturais e ambientais [28], existem vários fatores que interferem na sua caracterização, tais como: crenças, valores culturais e espirituais da pessoa que sente a dor; experiências anteriores de dor; personalidade, idade, ambiente envolvente e a interpretação que o próprio elabora da sua dor face à situação atual [34,35].

A dor está relacionada com uma redução substancial da capacidade de realizar atividades de vida [36], quando questionados sobre as limitações da mesma na atividade de vida as opiniões dividiram-se (32% sim; 32% não). Estes resultados não se assemelham aos resultados apresentados por Santos et al. que encontraram uma elevada interferência de dor nas atividades de vida diária [17]. Esta diferença pode ser explicada pelas diferenças amostrais existentes entre os dois estudos, nomeadamente no que diz respeito à idade, no estudo de Santos et al. a média de idade dos doentes encontra-se nos 55 anos [17]. Importa também realçar que estas diferenças podem estar relacionadas com diferenças metodológicas, tais como diferenças na amostra, instrumentos de avaliação, critérios de inclusão, entre outros. Os doentes que mencionaram que a dor interfere nas suas atividades de vida diária, 29,3% referiram que esta condicionava a sua mobilidade, o que se encontra em consonância com outros estudos que demonstram que a dor interfere

nas atividades de vida diária dos doentes, nomeadamente na sua capacidade de andar e na qualidade do sono [37].

Quanto à presença de dor intradialítica, a sua localização predomina nos membros inferiores (18,7%) e na região lombar (18,7%). Estudos realizados, revelam percentagens mais elevadas de dor nos membros inferiores, a rondar os 60% no estudo de Santos et al. [17], os 42,3% no estudo de Sousa et al. [31] e os 47% no estudo de Pozo et al. [38]. Assim e perante estes dados é recomendado que sejam mobilizadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas sistematizadas e frequentes para alívio de dor durante o tratamento dialítico, como exemplo a alteração de posicionamentos, utilização de almofadas reduzindo zonas de pressão, entre outras [17]. Em relação ao tipo de dor 20% refere sentir dor de características de moedeiro, seguido da dor tipo câibra (12%) que é explicado devido à remoção rápida de líquido corporal durante a sessão de HD [8], de forma a reduzir a ocorrência de câibras durante o tratamento é necessário que o enfermeiro avalie o doente no início e durante o tratamento, e adapte o mesmo às necessidades do doente [39].

Dos doentes que referem sentir dor durante a sessão de HD, 37,3% sentem que esta agrava ao longo da sessão. Também Kuszta et al. refere no seu estudo que 28% dos doentes caracterizavam a sua dor como continua e que se ia exacerbando ao longo da sessão de HD [32]. Sousa et al. afirmam que a imobilidade necessária à realização do tratamento dialítico agrava a dor musculoesquelética sentida [31].

A gestão de dor do doente durante a sessão e HD requer uma abordagem multiprofissional, onde o recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas são fundamentais para uma gestão de dor eficaz. Os resultados demonstram que 36% dos doentes referiram a toma regular de terapêutica analgésica para alívio de dor no domicílio e 14,7% refere a administração de analgésico durante a sessão de HD. Também Sousa et al. encontrou resultados a indicar que o uso regular de medicação analgésica era utilizado em 58,2% dos doentes para gestão de dor crónica [31]. Já Fleishman et al. acrescenta que 66,1% dos doentes tiveram necessidade de administrarem regularmente fármacos analgésicos, enquanto apenas 24,5% destes optaram por implementar medidas não farmacológicas [40].

A escolha do analgésico mais adequado a cada doente, deve ter em consideração a etiologia de dor, a sua natureza e intensidade [41]. Contudo, os resultados demonstram que a terapêutica analgésica mais utilizada para alívio de dor foi o paracetamol, corroborado pelo estudo de Marzouq et al. em que o paracetamol foi utilizado por 56,3% dos doentes [42]. Estes resultados encontram-se em consonância com as orientações emitidas pela *National Kidney Foundation*, que recomenda o uso do paracetamol para o tratamento da dor leve e moderada em doentes com DRC [3], onde o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) encontra-se contra-indicado pelo risco de nefrotoxicidade [43]. Estudos recentes evidenciam a eficácia do uso de terapêutica opioide no alívio de dor intensa no doente com DRC, mas a sua utilização deve ser individualizada a cada doente para se obter um melhor alívio de dor [44,17].

A OMS recomenda uma abordagem no tratamento de dor baseada na avaliação da intensidade de dor, através da utilização da escada analgésica de dor. Esta inicialmente foi desenvolvida para doentes do foro oncológico, mas pode ser adaptada ao doente com DRC, com os ajustes necessários na dose, a fim de evitar efeitos adversos [45,46].

Como referido anteriormente, o recurso a medidas farmacológicas para o alívio de dor no doente com DRC deve ter em consideração a farmacocinética do fármaco e possíveis interações medicamentosas, de modo a evitar possíveis efeitos colaterais [9]. Neste sentido, Coluzzi refere que neste grupo de doentes onde o uso de terapêutica analgésica não se encontra isenta de riscos, deve ser incentivado o uso de medidas não farmacológicas no alívio de dor [41].

As medidas não farmacológicas para gestão de dor, têm sido bastante utilizadas nos doentes com DRC e a sua eficácia tem sido comprovada em diversos estudos. Tal como, o uso de técnicas de relaxamento muscular durante a sessão de HD, eficazes na redução e alívio de dor [47,48]. Também, foi comprovada a eficácia da aplicação de compressa

morna ou fria na redução de dor, associada às caibras e fadiga, no doente submetido a HD [49]. Dinis & Sousa sugerem o uso de bola antistress para o alívio de dor durante a canulação do acesso vascular [50].

A abordagem adequada ao alívio de dor no doente com DRC, encontra algumas barreiras devido a uma falta de consciencialização do problema, insuficiente educação dos profissionais de saúde, medo de possíveis efeitos colaterais da terapêutica analgésica, entre outros [41].

Quando questionados sobre o encaminhamento e acompanhamento em consulta de dor 45,3% dos doentes refere que nunca frequentou a consulta de dor, o que nos leva a inferir da necessidade de um acompanhamento multidisciplinar na abordagem do doente com DRC. Coluzzi salienta que a elevada incidência de dor crónica nos doentes com DRC, requer da parte dos nefrologistas uma abordagem diferenciadora e uma referência atempada para uma unidade de tratamento de dor [41].

Após implementação de intervenções desenhadas a partir dos resultados encontrados e discutidos acima, foram auscultados os enfermeiros que cuidavam dos doentes em tratamento dialítico e avaliada a sua satisfação com as mesmas.

Os enfermeiros apresentavam uma média de idades de $38,38 \pm 3,86$ anos, variando entre os 35 e 49 anos e com $15,54 \pm 4,17$ anos de experiência profissional, o que indica que se trata de profissionais já com experiência profissional, na sua maioria enfermeiras. Estes resultados encontram-se em consonância com os dados da Ordem dos Enfermeiros, em que o grupo etário onde se verifica o maior número de enfermeiros é na faixa entre os 36 e os 40 anos, predominantemente do género feminino (84,6%) [51], o que vai de encontro, também aos dados do Instituto Nacional de Estatística de 2022 [52].

Relativamente à formação na área de dor, apenas 23,1% da amostra detém formação nesta área, contudo 100% dos enfermeiros da amostra considera importante frequentar formação nesta área. Também Sutherland salienta a necessidade de os enfermeiros desenvolverem competências na gestão de dor, pois só assim é possível contribuir para a preservação da dignidade e autonomia do doente e promover uma melhoria significativa da sua qualidade de vida [53].

Quanto à satisfação da equipa de enfermagem com o protocolo implementado 61,5% dos enfermeiros considera muito importante a avaliação de dor durante a sessão de HD e todos os enfermeiros consideraram importante a existência de um protocolo de avaliação de dor, pois este veio permitir a uniformização dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros recomendou que a nível organizacional fossem elaboradas normas de orientação clínica para a avaliação e controlo de dor, e implementados sistemas de documentação que promovessem uma abordagem uniforme de avaliação e gestão de dor [21]. Também a Direção-Geral da Saúde no Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, recomendou a implementação de orientações técnicas no âmbito da avaliação e gestão de dor [27].

A importância da uniformização e recomendações baseadas na evidência podem justificar o grau de satisfação da equipa de enfermagem com o protocolo implementado ($7,92 \pm 1,32$).

No que diz respeito a sugestões de melhoria, a equipa de enfermagem evidenciou a necessidade de melhorar o processo de registos de enfermagem, através da criação de um item de avaliação de dor no aplicativo utilizado, a nível institucional. A Ordem dos Enfermeiros Portugueses, salienta que o uso de aplicações informáticas, a serem utilizados para a elaboração de registos de enfermagem, permitem a documentação da prática de enfermagem, permite uma monitorização da qualidade dos cuidados e da sua continuidade, e dá uma maior visibilidade aos atos de enfermagem praticados [54]. Também Bailas refere que o uso de sistemas de informação aplicados à prática de enfermagem, permitem a obtenção mais rápida e organizada de toda a informação relativa ao doente, promovendo a eficiência, aumento da produtividade e eficácia do cuidado [55].

A equipa evidenciou também a necessidade de apostar na formação de equipa multidisciplinar na área de dor, de forma a melhorar a abordagem não farmacológica do doente com dor durante a sessão de HD. A necessidade de formação na área de dor é

salientada por Moyo & Madzimbamuto, que defendem que a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde na área da gestão de dor acarreta graves consequências para o doente [56].

Como limitação deste estudo salienta-se a dificuldade em mobilizar toda a equipa para a importância que esta problemática tem.

Para futuros estudos considera-se pertinente perceber, junto do doente, se após a implementação do protocolo existiu uma mudança efetiva por parte da equipa multiprofissional na abordagem da dor, com uma diminuição da percentagem de doentes com dor e um aumento da qualidade de vida do doente, sugerindo-se a realização de estudos de observacionais com esses objetivos.

5. Conclusões

Dor no DCR é uma realidade que deve preocupar os profissionais de saúde, para isso é imprescindível uma avaliação detalhada de dor.

Um dos objetivos formulados para a realização deste estudo era conhecer a prevalência de dor no doente com DRC, pré, intra e pós sessão de HD. Contudo, ao longo do estudo foi evidente a dificuldade que cada doente manifestou em caracterizar a sua dor uma vez que, sendo esta subjetiva, acarreta maiores dificuldades e desafios aos profissionais de saúde na gestão de dor eficaz, assim como a prevalência de dor significativa durante os tratamentos de HD e a ausência de acompanhamento por equipas especializadas em gestão de dor.

Esta realidade exige uma mudança na abordagem ao doente com DRC em sessão de HD pelos enfermeiros e equipa multiprofissional, voltando a sua prática para o doente, como ser individual, com necessidades específicas, respeitando-o como um todo.

O desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dirigida a uma melhor gestão de dor no DRC mostram-se importantes e devem ser estimulados pelos gestores de saúde. Pois reconhecesse-se que uma gestão de dor crónica eficaz para além das melhorias pessoais, e benefícios associados à redução de custos, vem também potencializar a satisfação dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados prestado ao doente com dor antes, durante e após o tratamento dialítico.

Contribuições do autor: Conceptualização, R.R. e C.C.; metodologia, R.R. e C.C.; software, R.R. e C.C.; validação, R.R. e C.C.; análise formal, R.R. e C.C.; investigação, R.R. e C.C.; recursos, R.R.; curadoria de dados, C.C.; redação—preparação do rascunho original, R.R.; redação—revisão e edição, C.C.; visualização, C.C.; supervisão, C.C.; administração de projetos, C.C.; Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento: Esta pesquisa não recebeu financiamento externo

Declaração do Conselho de Revisão Institucional: O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque e aprovado pelo Comitê de Ética da Clínica (código de protocolo n. 97/2022 de 23 setembro 2022)

Declaração de Consentimento Informado: Consentimento informado foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo.

Declaração de Disponibilidade de Dados: O conjunto de dados gerados e analisados durante o estudo atual não estão disponíveis publicamente devido à necessidade de proteger a privacidade do doente e cumprir as diretrizes éticas. No entanto, ao longo do trabalho encontram-se resumidos os principais dados estatísticos. Os pedidos de acesso aos dados, para fins de pesquisa podem ser considerados mediante solicitação razoável.

Agradecimentos: Agradecemos a todos os voluntários que responderam aos formulários e que de algum modo tornaram este estudo possível.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse

Apêndice A

Tabela A1. — SQUIRE 2.0 - Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence

Text Section and Item Name	Section or Item Description	Page No
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)	51
2. Abstract	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	51
Introduction <i>Why did you start?</i>		
3. Problem Description	Nature and significance of the local problem	51-53
4. Available knowledge	Summary of what is currently known about the problem, including relevant previous studies	51-53
5. Rationale	Informal or formal frameworks, models, concepts, and/or theories used to explain the problem, any reasons or assumptions that were used to develop the intervention(s), and reasons why the intervention(s) was expected to work	52
6. Specific aims	Purpose of the project and of this report	54
Methods <i>What did you do?</i>		
7. Context	Contextual elements considered important at the outset of introducing the intervention(s)	54
8. Intervention	a. Description of the intervention(s) in sufficient detail that others could reproduce it b. Specifics of the team involved in the work	54
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>	54
10. Measures	a. Measures chosen for studying processes and outcomes of the intervention(s), 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	54
11. Analysis	a. Qualitative and quantitative methods used to draw inferences from the data b. Methods for understanding variation within the data, including the effects of time as a variable	55
12. Ethical Considerations	Ethical aspects of implementing and studying the intervention(s) and how they were addressed, including, but not limited to, formal ethics review and potential conflict(s) of interest	55
Results <i>What did you find?</i>		
13. Results	a. Initial steps of the intervention(s) and their evolution over time (e.g., time-line diagram, flow chart, or table), including modifications made to the intervention during the project b. Details of the process measures and outcome c. Contextual elements that interacted with the intervention(s) d. Observed associations between outcomes, interventions, and relevant contextual elements e. Unintended consequences such as unexpected benefits, problems, failures, or costs associated with the intervention(s). f. Details about missing data	56 - 61
Discussion <i>What does it mean?</i>		
14. Interpretation	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	61 - 64
15. Limitations	a. Limits to the generalizability of the work b. Factors that might have limited internal validity such as confounding, bias, or imprecision in	64

	the design, methods, measurement, or analysis c. Efforts made to minimize and adjust for limitations	
16. Conclusions	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	64

Referências

- Organização Mundial da Saúde. World health statistics **2023**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. **2023**. Geneva: World Health Organization. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
- Almeida, E. A. F., Raimundo, M., Coelho, A., Sá, H. Incidence, prevalence and crude survival of patients starting dialysis in Portugal (2010–16): Analysis of the National Health System individual registry. *Clinical kidney journal*. **2021**;14(3):869-875. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfaa023>
- National Kidney Foundation. NKF-KDOQI clinical practice guidelines 2021. Obtido de <https://www.kidney.org/professionals/guidelines> (acesso a 20 junho 2023)
- Jesus, N. M., Souza, G. F., Mendes-Rodrigues, C., Neto, O. P. A., Rodrigues, D. D. M., Cunha, C. M. Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *Journal Bras Nefrol*. **2019**;41(3):364-374. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>
- Galvão, A. Abordagem da DRC avançada: Estado da arte e controvérsias. *Sociedade Portuguesa de Nefrologia*, **2022**.
- Evaristo, L. S., Cunha, A. P., Morais, C. G., Samselski, B. J. L., Esposito, E. P., Miranda, M. K. V., Gouvêa-e-Silva, L. F. Complicaciones durante la sesión de hemodiálisis. *Avances en Enfermería*. **2020**;38(3):316-324. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.84229>
- Barros, A., Borges, S., Lemos, K. Doença renal crônica e cuidado paliativo: avaliação dos sintomas, estado nutricional, funcionalidade e percepção do tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Development*. **2022**;8(3):16655-16673. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-077>
- Vides, M. C., Martins, M. R. I. Avaliação da dor óssea em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Dor*, **2017**;18(3):245-249. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170109>
- Lambourg, E., Colvin, L., Guthrie, G., Murugan, K., Lim, M., Walker, H., Boon, G., Bell, S. (2021). The prevalence of pain among patients with chronic kidney disease using systematic review and meta-analysis. *Kidney International*. **2021**; 100:636-649. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.03.041>
- International Association for the Study of Pain. Obtido de <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> (acesso a 5 de junho 2023)
- Afonso, M. Controlo Farmacológico da Dor. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, **2021**
- Ashmawi, H. A. Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor. **2022**. Obtido de https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/epidemiologia-da-dor_2020.pdf
- Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. S., Carmo, T. I. G. A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. **2022**;11(1), e2712:1-13. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>
- Cohen, S. P., Vase, L., Hooten, W. M. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. **2021**;397(10289): 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Moreno, A. F. C., Silva, G. O., Ferreira, E. D. F. Analysis of chronic pain in users of primary health care units in Maringá-PR. *Brazilian Journal of Development*. **2023**;9(7):15160-15177. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-048>
- Rocha, J. R. O., Uhlig, S., Karloh, M., Santos, A. R. S., Sousa, T. R. Characterization of biopsychosocial factors of patients with chronic nonspecific low back pain. *BrJP*. **2021**;4:332-338. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210062>
- Santos, P. R., Mendonça, C. R., Noll, M., Borges, C. C., Alves, P. M., Dias, N. T., Romeiro, A. M. S., Barbosa, M. A., Porto, C. C. Pain in hemodialysis patients: prevalence, intensity, location and functional interference in daily activities. *Healthcare*. **2021**; 9:2-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101375>
- Silva, F., Melo, G., Santos, R., Silva, R., Aguiar, L., Caetano, J. Avaliação da dor em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Rev RENE*. **2020**:1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143685>
- Dionísio, G. H., Salerno, V. Y., Padilha, A. Central sensitization and beliefs among patients with chronic pain in a primary health care unit. *BrJP*. **2020**;3(1):42-47. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200010>
- Direção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Obtido de https://www.aped-dor.org/documentos/DGSdor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf (acesso a 2 junho 2023)
- Ordem dos Enfermeiros. Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> (acesso a 2 de junho 2023)
- Fink, R. M., Brant, J. M. Complex cancer pain assessment. *Hematology/oncology clinics of North America*. **2018**;32(3):353-369. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.01.001>
- Nagoor, S., Sathiyaa, M. Efficacy of muscle relaxation technique on pain perception among patients undergoing hemodialysis. *Indian Journal of Palliative Care*. **2019**;25(4):566-570. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_73_19

24. Aboul-Fotouh, A., El-Sayed, R., Hegazy, N. Non-pharmacological interventions for reducing fatigue in adults undergoing maintenance hemodialysis: A systematic review. *Clinical Nursing Research*. **2018**;27(7):797-817. <http://doi.org/10.1177/1054773817720382>
25. Lee, Y., Lin, K., Lin, C. Effectiveness of Warm Compress Application on Pain among Hemodialysis Patients. *Journal of Renal Care*. **2020**;46(2):88-95. <https://doi.org/10.1111/jorc.12326>
26. Dutton, J., Forni, L. G., Keogh, B. E. Renal replacement therapy and the management of pain in acute kidney injury. *Anaesthesia*. **2017**;72(9):1092-1101.
27. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Obtido de DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevenção_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf (aped-dor.org) (acesso a 10 de junho 2023)
28. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Evolução Temporal da Incidência da DRC em TSFR: Implicações clínico-epidemiológicas. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica. Obtido de https://www.spnephro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/dados-gerais-do-registo-2022.pdf (acesso a 30 julho 2023)
29. Pires, S., Carrão, J., Mota, M., Cunha, M. Determinantes do ganho de peso interdialítico em pessoas em hemodiálise. *Servir*. **2022**;2(02), e26229. <https://doi.org/10.48492/servir0202.26229>
30. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2021. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Gabinete do registo da Doença Renal Crónica, Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica. Obtido de https://www.spnephro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2022-final.pdf (acesso a 5 agosto 2023)
31. Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Marques, M. C., Reis, M. G. M., Bule, M. J., José, H. M. G. Avaliação e Efetividade da Analgesia em Pessoas Submetidas a Hemodiálise. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. **2019**;5(2):1832-1844. <http://hdl.handle.net/10174/27294>
32. Kuszta, M., Trafidto, E., Madziarska, K., Augustyniak-Bartosik, H., Karczewski, M., Weyde, W., Krajewska, M., Rymaszewska, J., Klinger, M. Depressive symptoms but not chronic pain have an impact on the survival of patients undergoing maintenance hemodialysis. *Archives of Medical Science*. **2018**;14(2):265-275. <https://doi.org/10.5114/aoms.2016.59765>
33. Komann, M., Weinmann, C., Schwenkglens, M., Meissner, W. Non-Pharmacological Methods and Post-Operative Pain Relief: An observational study. *Anesth Pain Med*. **2019**;9(2),e84674. <https://doi.org/10.5812/aapm.84674>
34. Ritto, C., Rocha, F. D. Avaliação da Dor. No Manual da Dor Crónica. Lisboa: Instituto Português de Oncologia.
35. Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski, Goucke, R., Toyce, C., Slatyer, S., Clarke, T., McCullough, K. Revisiting the pain resource nurse role in sustaining evidence-based changes for pain assessment and management. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. **2018**; 15:368-376. <https://doi.org/10.1111/wvn.12318>
36. Lemos, B. O., Cunha, A. M. R., Cesarino, C. B., Martins, M. R. I. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *BrJP*. **2019**;2(3):237-241. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042>
37. Dantas, J., Martins, M. R. I. Correlation between pain and quality of life of patients under hemodialysis. *Rev. Dor*. **2017**;18:124-127. <https://10.5935/1806-0013.20170025>
38. Pozo, M. G., Parrado, M. C. R., Garrido, M. C., López, V. E. G., Montero, R. C. Caracterización del dolor en el paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. **2017**; 20:295-304. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000400003>
39. Andrade, A. F. S. M., Teles, W. S., Silva, M. C., Torres, R. C., Azevedo, M. V. C., Debbo, A., Silva, M. H. S., Barros, A. M. M., Junior, P. C. C. S., Calasans, T. A. S. Assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise: Investigação completa. *Research, Society and Development*. **2021**;10(11):1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19890>
40. Fleishman, T.T.; Dreier, J.; Shvartzman, P. Pain in Maintenance Hemodialysis Patients: A Multicenter Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. **2018**;56(2):178-184. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.008>
41. Coluzzi, F. Avaliação e tratamento da dor crónica em pacientes com doença renal em estágio terminal. *Drogas*. **2018**; 78:1459-1479. <https://doi.org/10.1007/s40265-018-0980-9>
42. Marzouq, M. K., Samoudi, A. F., Samara, A., Zyoud, S. H., Al-Jabi, S. W. Exploring factors associated with pain in hemodialysis patients: a multicenter cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrol*. **2021**; 22:1-12. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02305-1>
43. Lucas, G. N. C., Leitão, A. C. C., Alencar, R. L., Xavier, R. M. F., Daher, E. F., Junior, G. B. S. Aspectos fisiopatológicos da nefropatia por anti-inflamatórios não esteroides. *Braz. J. Nephrol*. **2019**;41(1):124-130. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0107>
44. Nagar, V. R., Nascimento, P., Salles, S., Sloan, P. A. Opioid use in chronic pain patients with chronic kidney disease: A systematic review. *Pain Medicine*. **2017**;18(8):1416-1449. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw238>
45. Dreier, J., Fleishman, T. T., Shvartzman, P. Pain management evaluation in maintenance hemodialysis patients. *Pain Medicine*. **2021**;22(9):1946-1953. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa488>
46. Raina, R. K. Management of pain in end-stage renal disease patients: Short review. *Hemodialysis International*. **2017**;22(3):290-296. <https://doi.org/10.1111/hdi.12622>
47. Ceballos, K., Lagos, L., Aragon, E., Ocampo, C., Sandoval, R. Impact of relaxation techniques in the reduction of pain in hemodialysis patients: A randomized clinical trial. *Pain Management Nursing*. **2019**;20(2):146-152.
48. Heidari, M., Gorji, M. A. H., Farajzadeh, Z., Shahgholian, N. Effect of guided imagery on pain and anxiety in patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*. **2017**;6(3):247-256. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.024>

49. Kesik, G., Ozdemir, L., Yildirim, T., Jabrayilov, J., Çeliksoz, G. Effects of warm or cold compresses applied to the legs during hemodialysis on cramps, fatigue, and patient comfort: A placebo-controlled randomized trial. *Hemodialysis International*. **2023**;2(2):117-125. <https://doi.org/10.1111/hdi.13070>
50. Dinis, M., Sousa, J. A pilot randomised controlled trial on the effectiveness of an anti-stress ball technique for pain reduction during vascular access cannulation in haemodialysis patients. *Nursing reports*. **2023**; 13:731-739. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020064>
51. OE. Anuário Estatístico 2022. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/> (acesso a 30 julho 2023)
52. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde – 2022. Lisboa. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008198&selTab=tab0 (acesso a 30 julho de 2023)
53. Sutherland, R. (2019). Dying well-informed: The need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *Yale Journal of Biology and Medicine*. **2019**;92(4):757-764. PMID: PMC6913833
54. Ordem dos Enfermeiros. Sistemas de Informação de Enfermagem – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico – funcionais. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf (acesso a 18 de agosto 2023)
55. Bailas, C. M. M. O. Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. **2016**
56. Moyo, N. Madzimbamuto F. Teaching of chronic pain management in a low-and-middle-income setting: A needs assessment survey. *Pain Reports*. **2019**;(e708):1-3. <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000708>

Isenção de responsabilidade/Nota do editor: As declarações, opiniões e dados contidos em todas as publicações são de responsabilidade exclusiva dos autores e colaborador(es) e não do MDPI e/ou do(s) editor(es). O MDPI e/ou o(s) editor(es) isentam-se de responsabilidade por qualquer dano a pessoas ou propriedade resultante de quaisquer ideias, métodos, instruções ou produtos referidos no conteúdo.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório é a conclusão de mais uma etapa do percurso realizado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica com área de especialização em EPSC, onde se tornou claro que os EE detêm uma responsabilidade acrescida perante a sociedade, na abordagem ao doente crítico e sua família, e no seio da equipa multidisciplinar, tornando-se elementos diferenciadores perante o doente crítico e sua família.

Os objetivos definidos para este relatório consideram-se alcançados, foi possível: caracterizar e descrever os diferentes contextos de prática clínica, evidenciando os pontos positivos e negativos de cada um, e que contribuiriam para o desenvolvimento de competências inerentes ao EE na área da PSC; através da análise crítico-reflexiva refletir nos diferentes momentos de aprendizagem que decorreram ao longo dos EC e que concorreram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE na área de EPSC; realizar um projeto de melhoria contínua da qualidade, sob a temática “dor em contexto de sessão de hemodiálise”.

A construção deste documento, revelou ser um excelente momento de aprendizagem, que permitiu o desenvolvimento de competências na abordagem ao doente crítico e na consolidação de conhecimentos adquiridos nas componentes teóricas do mestrado, que levou à reflexão e à procura do saber sustentado na teoria, através do qual se construiu o saber. O EE, na construção da sua identidade profissional, alcança-o através da consolidação de conhecimentos e na busca incessante por novos saberes, com o objetivo da procura pela excelência dos cuidados prestados.

A realização do projeto de melhoria contínua constituiu um verdadeiro desafio, não só pela inexperiência na área da investigação em enfermagem, mas principalmente, porque constituiu o ponto de partida que impele a continuar a investigação na área de abordagem de dor e a descobrir mais sobre estratégias para que a abordagem de dor à PSC seja cada vez mais efetiva. É imprescindível que todos os profissionais de saúde sintam que esta área é da responsabilidade de todos e que o alívio de dor, é um direito de todos os doentes.

Ao longo deste caminho, muitos foram os obstáculos e dificuldades sentidas, nomeadamente no que diz respeito à conciliação da vida familiar, profissional e académica. Mas em retrospectiva reconhecesse que este foi essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional. Identifica-se que como elementos facilitadores neste processo de aprendizagem os enfermeiros

orientadores, que partilharam o conhecimento e instigaram a procura por novos saberes, e os docentes supervisores que me apoiaram durante este percurso académico.

Pelo exposto ao longo do relatório, considera-se ter sido alcançado os vários domínios das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, assim como o desenvolvimento de competências de investigação treinadas no projeto de melhoria contínua da qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboul-Fotouh, A., El-Sayed, R., & Hegazy, N. (2018). Non-pharmacological interventions for reducing fatigue in adults undergoing maintenance hemodialysis: A systematic review. *Clinical Nursing Research*, 27(7), 797-817. <http://doi.org/10.1177/1054773817720382>
- ACSS. (2019). Recomendações técnicas para a sala de emergência - RT14/2019. Obtido em maio de 2023, de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Sala-de-Emergencia_2019.pdf
- ACSS. (2013). Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos. Obtido de <http://www2.acss.minsauade.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.
- Afonso, M. (2021). *Controlo Farmacológico da Dor*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. <http://hdl.handle.net/10284/10470>
- Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski., Goucke, R., Toyce, C., Slatyer, S., Clarke, T., & McCullough, K. (2018). Revisiting the pain resource nurse role in sustaining evidence-based changes for pain assessment and management. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15, 368-376. <https://doi.org/10.1111/wvn.12318>
- Almeida, E. A. F., Raimundo, M., Coelho, A. & Sá, H. (2021). Incidence, prevalence and crude survival of patients starting dialysis in Portugal (2010–16): Analysis of the National Health System individual registry. *Clinical kidney journal*, 14(3), 869-875. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfaa023>
- Alves, M. F. T., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. C. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2895-2908.
- Amaral, G., & Figueiredo, A.S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência, Série V* (5), 1-8. <https://doi:10.12707/RV20036>
- Andrade, A. F. S. M., Teles, W. S., Silva, M. C., Torres, R. C., Azevedo, M. V. C., Debbo, A., Silva, M. H. S., Barros, A. M. M., Junior, P. C. C. S., & Calasans, T. A. S. (2021). Assistência de enfermagem ao paciente em hemodiálise: Investigação completa. *Research, Society and Development*, 10(11), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19890>
- Ashmawi, H. A. (2020). Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor. Obtido de https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/epidemiologia-da-dor_2020.pdf
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? - revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Bailas, C. M. M. O. (2016). *Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17135/1/Tese%20Marisa%20Bailas.pdf>
- Barman, A., Pradhan, D., Bhattacharyya, P., Dey, S., Bhattacharjee, A., Tesia, S., & Mitra, J. (2018). Diagnostic accuracy of delirium assessment methods in critical care. *Journal Of Critical Care*, 44, 82-86. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.10.013>
- Barreto, A. L. F., & Capelas, M. L.V. (2020). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 36-40. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.5834>
- Barros, A., Borges, S., & Lemos, K. (2022). Doença renal crônica e cuidado paliativo: Avaliação dos sintomas, estado nutricional, funcionalidade e percepção do tratamento dialítico. *Brazilian Journal of Development*, 8(3), 16655-16673. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-077>
- Bittencourt, V., Graube, S., Stumm, E., Battisti, L., Loro, M., & Wilkelmann, E. (2017). Fatores associados ao risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 1-7.
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados: Revisão da literatura. *Servir*, 59 (4), 15-16. <https://doi.org/10.48492/servir024.24024>

- Brooks, S. C., Schmicker, R. H., Cheskes, S., Christenson, J., Craig, A., Daya, M., Kudenchuk, P. J., Nichol, G., Zive, D., & Morrison, L. J. (2017). Variability in the initiation of resuscitation attempts by emergency medical services personnel during out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation, 117*, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.06.009>
- BSimple. (2020). *BSimple – Produtos*. Obtido de <https://www.b-simple.pt/produtos/>
- Carrasco, M., & Zalaquet, M. (2017). Delirium: Una epidemia desde el servicio de urgência a la unidade de paciente crítico. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(2), 301-310. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.019>
- Castelli, A., Norville, P., Kiernan, M., Maillard, J.Y., & Evans, S.L. (2022). Review of decontamination protocols for shared non-critical objects in 35 policies of UK NHS acute care organizations. *Journal of Hospital Infection, 120*, 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.10.021>
- Ceballos, K., Lagos, L., Aragon, E., Ocampo, C., & Sandoval, R. (2019). Impact of relaxation techniques in the reduction of pain in hemodialysis patients: A randomized clinical trial. *Pain Management Nursing, 20*(2), 146-152.
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *Lancet, 397*(10289), 2082-2097. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
- Coluzzi, F. (2018). Avaliação e tratamento da dor crónica em pacientes com doença renal em estágio terminal. *Drogas, 78*, 1459-1479. <https://doi.org/10.1007/s40265-018-0980-9>
- Dantas, J., & Martins, M. R. I. (2017). Correlation between pain and quality of life of patients under hemodialysis. *Rev. Dor, 18*, 124-127. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170025>
- Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. [Tese para a obtenção do grau de doutor em enfermagem, Universidade Católica Portuguesa].
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário da República, 2.ª série n.º 28 de 10 de fevereiro*. Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho n.º 5561/2014. (2014). Ministério Da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde [Portugal]. *Diário da República, 2.ª série n.º 79 de 23 de abril*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/05-Despacho-5561-2014-de-23-de-abril.pdf>
- DGS. (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência*. Direção-Geral da Saúde. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- DGS. (2017a). *Norma n.º001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2018). *Norma n.º002/2018 Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/2018/01/09/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata/>
- DGS. (2010). *Orientação n.º007/2010 - Elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde*. Departamento da Qualidade da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- DGS. (2013). *Norma n.º 15/2013 atualizada a 04/11/2015: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Obtido de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>
- DGS. (2015). *Norma 021/2015 - "feixes de intervenções" de prevenção da pneumonia associada à intubação*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>
- DGS. (2017d). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- DGS. (2017b). *Norma n.º 015/2017: Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no adulto*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>

- DGS. (2017c). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/>
- DGS. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido de https://www.aped-dor.org/documentos/DGSdor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Dinis, M., & Sousa, J. (2023). A pilot randomised controlled trial on the effectiveness of an anti-stress ball technique for pain reduction during vascular access cannulation in haemodialysis patients. *Nursing reports*, 13, 731-739. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020064>
- Dionísio, G. H., Salerno, V. Y., & Padilha, A. (2020). Central sensitization and beliefs among patients with chronic pain in a primary health care unit. *BrJP*, 3(1), 42-47. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200010>
- Dreiherr, J., Fleishman, T. T., & Shvartzman, P. (2021). Pain management evaluation in maintenance hemodialysis patients. *Pain Medicina*, 22(9), 1946-1953. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa488>
- Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M., & Oliveira, F. T. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 144-154.
- Dutton, J., Forni, L. G., & Keogh, B. E. (2017). Renal replacement therapy and the management of pain in acute kidney injury. *Anaesthesia*, 72(9), 1092-1101.
- Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1842-1853. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>
- Evaristo, L. S., Cunha, A. P., Morais, C. G., Samselski, B. J. L., Esposito, E. P., Miranda, M. K. V. & Gouvêa-e-Silva, L. F. (2020). Complicaciones durante la sesión de hemodiálisis. *Avances en Enfermería*, 38(3), 316-324. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n3.84229>
- Figueira, A. I. R., Amaral, G. M. M. S., & Carmo, T. I. G. (2022). A avaliação e registo da dor no serviço de urgência: Um estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2712, 1-13. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2712>
- Fink, R. M. & Brant, J. M. (2018). Complex cancer pain assessment. *Hematology/oncology clinics of North America*, 32(3), 353-369. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.01.001>
- Fleishman, T.T.; Dreiherr, J.; Shvartzman, P. (2018). Pain in Maintenance Hemodialysis Patients: A Multicenter Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.008>
- Galvão, A. (2022). Abordagem da DRC avançada: Estado da arte e controvérsias. Relatório 2022, Sociedade Portuguesa de Nefrologia.
- Goot, W. E., Keers, J.C., Kuipers, R., Nieweg, R.M.B., & Groot, M. (2018). The effect of a multifaceted evidence-based practice programme for nurses on knowledge, skills, attitudes, and perceived barriers: A cohort study. *Nurse Educ Today*, 63, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.008>
- Haddeland, K., Marthinsen, G. N., Soderhamn, U. K., Flateland, S. M. T., & Moi, E. M. B. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 102-114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Heidari, M., Gorji, M. A. H., Farajzadeh, Z., & Shahgholian, N. (2017). Effect of guided imagery on pain and anxiety in patients undergoing hemodialysis: A randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 6(3), 247-256. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.024>
- Holden, K. (2017). Speech-language pathologists and intensive care nurses help intubated patients communicate. *The ASHA Leader*, 22(12). <https://doi.org/10.1044/leader.OTP.22122017.40>
- INEM & DFEM. (2021). *Manual de Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa*. Obtido de https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/06/SBV_DAE-Versa%CC%83o-2-1a-Edic%CC%A7a%CC%83o-2021_15Nov.pdf

- INEM & DFEM. (2020). *Manual de suporte avançado de vida*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>
- INEM. (2012). *Situação de Exceção* (1.ªEd, Versão 3.0 ed.). Lisboa: INEM.
- INEM. (2020a). *Plano estratégico INEM 2020-2022*. Obtido de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2020/11/PE-2020-2022.pdf>
- INEM. (2020c). *INEM renova e completa equipa de CCIRA*. Obtido de <https://www.inem.pt/2020/01/16/inem-renova-e-completa-equipa-de-comissao-de-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos/>
- INEM. (2020b). *Sistema de Gestão do INEM certificado pela APCER*. Obtido em abril de 2023, de <https://www.inem.pt/2020/06/26/sistema-de-gestao-do-inem-certificado-pela-apcer/>
- INEM. (2022). *iTEAMS INEM - uma realidade cada vez mais presente no socorro em Portugal*. Obtido de <https://www.inem.pt/2022/12/28/iteams-inem-uma-realidade-cada-vez-mais-presente-no-socorro-em-portugal/>
- INEM. (2023). *Instituto Nacional de Emergência Médica*. Obtido de <https://www.inem.pt/2017/09/21/sistema-integrado-de-emergencia-medica-sabe-o-que-e/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da Saúde – 2022*. Lisboa. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008198&selTab=tab0
- International Association for the Study of Pain. (2020). *International Association for the Study of Pain*. Obtido de <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Jesus, N. M., Souza, G. F., Mendes-Rodrigues, C., Neto, O. P. A., Rodrigues, D. D. M., & Cunha, C. M. (2019). Quality of life of individuals with chronic kidney disease on dialysis. *Journal Bras Nefrol*, 41(3), 364-374. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0152>
- Kesik, G., Ozdemir, L., Yildirim, T., Jabrayilov, J., & Çeliksoz, G. (2023). Effects of warm or cold compresses applied to the legs during hemodialysis on cramps, fatigue, and patient comfort: A placebo-controlled randomized trial. *Hemodialysis International*, 2(2), 117-125. <https://doi.org/10.1111/hdi.13070>
- Komann, M., Weinmann, C., Schwenkglens, M., & Meissner, W. (2019). Non-Pharmacological Methods and Post-Operative Pain Relief: An observational study. *Anesth Pain Med*, 9(2), e84674. <https://doi.org/10.5812/aapm.84674>
- Kusztal, M., Trafidto, E., Madziarska, K., Augustyniak-Bartosik, H., Karczewski, M., Weyde, W., Krajewska, M., Rymaszewska, J., & Klinger, M. (2018). Depressive symptoms but not chronic pain have an impact on the survival of patients undergoing maintenance hemodialysis. *Archives of Medical Science*, 14(2), 265-275. <https://doi.org/10.5114/aoms.2016.59765>
- Lambourg, E., Colvin, L., Guthrie, G., Murugan, K., Lim, M., Walker, H., Boon, G., & Bell, S. (2021). The prevalence of pain among patients with chronic kidney disease using systematic review and meta-analysis. *Kidney International*, 100, 636-649. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2021.03.041>
- Lee, Y., Lin, K., & Lin, C., (2020). Effectiveness of Warm Compress Application on Pain among Hemodialysis Patients. *Journal of Renal Care*, 46(2), 88-95. <https://doi.org/10.1111/jorc.12326>
- Lemos, B. O., Cunha, A. M. R., Cesarino, C. B., & Martins, M. R. I. (2019). The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *BrJP*, 2(3), 237-241. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042>
- Lucas, G. N. C., Leitão, A. C. C., Alencar, R. L., Xavier, R. M. F., Daher, E. F., & Junior, G. B. S. (2019). Aspectos fisiopatológicos da nefropatia por anti-inflamatórios não esteroides. *Braz. J. Nephrol*, 41(1), 124-130. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-0107>
- 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(1), 19-30. <https://10.48492/servir0201.23763>
- Martins, J. C. A., Sousa, A. C. V., Abrantes, A. R. D., Pinto, C. S. S., Gomes, C. I. A., Martins, D. J. O., Coutinho, V. R. D., Baptista, R. C. N., Oliveira, L. M. N., & Fernandes, M. I. D. (2018). Communication and leadership in emergency situation: Systematic literature review and recommendations for practice. *Clinical Nursing Studies*, 6(2), 55-62. <https://10.5430/cns.v6n2p55>

- Marzouq, M. K., Samoudi, A. F., Samara, A., Zyoud, S. H., & Al-Jabi, S. W. (2021). Exploring factors associated with pain in hemodialysis patients: a multicenter cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrol*, 22, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02305-1>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: Mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), 1-9. <http://doi.10.1590/2177-9465-EAN-2019-0056>
- Mesa, P., Previgliano, I., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., Soca, A., & Wesley, E. (2017). Delirium in a Latin American intensive care unit: A prospective cohort study of mechanically ventilated patients. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(3), 337-345. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170058>
- Ministério da Saúde. (2002). Despacho Normativo n.º 11/2002. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 55 de 6 março de 2002. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2002/03/055b00/18651866.pdf>
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 5561/2014. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 79 de 23 abril de 2014. Obtido de <https://dre.pt/application/conteudo/25696609>
- Ministério da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102 de 27 de maio de 2015. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 187 de 24 de setembro de 2021. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Moreno, A. F. C., Silva, G. O., & Ferreira, E. D. F. (2023). Analysis of chronic pain in users of primary health care units in Maringá-PR. *Brazilian Journal of Development*, 9(7), 15160-15177. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-048>
- Morganheira, D., Silva, P., Pereira, R., & Ruivo, A. (2017). Preservação do direito à privacidade: Percepção do doente internado. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 999 - 1012. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/211/299
- Mororó, D. D. S., Enders, B. C., Lira, A. L. B. C., Silva, C. M. B., & Menezes, R. M. P. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista Enfermagem*, 323-332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
- Mota, M., Cunha, M., & Santos, M. R. (2020). O enfermeiro no Pré-Hospitalar: Cuidar para a cura. *Millenium*, 147-152. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.14.00333>
- Mota, M., Santos, M. R., Santos, E., Henriques, C., Matos, A., & Cunha, M. (2022). Tratamento Pré-Hospitalar da dor traumática aguda: Um estudo observacional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, 1-9. <https://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO001834>
- Moyo, N., & Madzimbamuto F. (2019). Teaching of chronic pain management in a low-and-middle-income setting: A needs assessment survey. *Pain Reports*, (e708), 1-3. <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000708>
- Nagar, V. R., Nascimento, P., Salles, S., & Sloan, P. A. (2017). Opioid use in chronic pain patients with chronic kidney disease: A systematic review. *Pain Medicine*, 18(8), 1416-1449. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw238>
- Nagoor, S., & Sathiy, M. (2019). Efficacy of muscle relaxation technique on pain perception among patients undergoing hemodialysis. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(4), 566-570. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_73_19
- National Kidney Foundation. (2021). *NKFCKDOQI clinical practice guidelines*. Obtido de <https://www.kidney.org/professionals/guidelines>
- OE. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- OE. (2019b). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184 de 25 setembro de 2019. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- OE. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série, n.º 26 de 6 de fevereiro de 2019*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- OE. (2003). *Do caminho percorrido a das propostas*. Lisboa: OE.
- OE. (2007a). EP02/07 - *Consentimento Informado para intervenções de enfermagem*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- OE. (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE. (2015). Lei n.º 156/2015 - Segunda alteração ao estatuto da OE. *Diário da República, 1.ª série - n.º 181 de 16 de setembro de 2015*. Obtido de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2446&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=
- OE. (2018). Regulamento n.º 429/2018 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República, 2.ª série, n.º 135, de 16 de julho de 2018*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- OE. (2022). Anuário Estatístico 2022. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- OE. (2007b). Sistemas de Informação de Enfermagem – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico – funcionais. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2023). Transporte de doentes críticos adultos. Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Lisboa. Obtido de https://www.spci.pt/media/noticias/transporte-doente-critico-2023-versao-CEMI_OM_3.pdf
- OMS. (2022). Global report on infection prevention and control: Executive summary. Obtido de [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_executive-summary.pdf?sfvrsn=9bdb205f_7&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/ipc/ipc-global-report/who_ipc_global-report_executive-summary.pdf?sfvrsn=9bdb205f_7&download=true)
- OMS. (2011). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- OMS. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- OMS. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Genebra. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240>
- OMS. (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
- Pacheco, M. S. T. N. S. (2018). *A vulnerabilidade na pessoa em situação crítica: Intervenção de enfermagem especializada*. [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/27913>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J. M., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2017). Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: Medicina intensiva. Lisboa: República Portuguesa - Saúde. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp>
- Pereira, M. M. F. (2018). *Capacitação dos enfermeiros para uma resposta sistematizada em situação de catástrofe e multivítimas*. [Relatório de Estágio, Universidade de Évora, Departamento de Enfermagem]. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/24271>
- Pereira, M., Silva, M., Pereira, S., Pissarra, H., & Ramos, M.J. (2020). Atividade da comissão de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (CPCIRA) do INEM, em contexto Covid-19, no ano 2020. *Life Saving*, 9, 25-33.

- Pires, S., Carrão, J., Mota, M., & Cunha, M. (2022). Determinantes do ganho de peso interdialítico em pessoas em hemodiálise. *Servir*, 2(02), e26229. <https://doi.org/10.48492/servir0202.26229>
- Pozo, M. G., Parrado, M. C. R., Garrido, M. C., López, V. E. G., & Montero, R. C. (2017). Caracterización del dolor en el paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, 20, 295-304. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000400003>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I.G., (2018). Delirium: O 7º parâmetro vital? *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51-58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Raina, R. K. (2017). Management of pain in end-stage renal disease patients: Short review. *Hemodialysis International*, 22(3), 290-296. <https://doi.org/10.1111/hdi.12622>
- Ramos, R. M. V., Coelho, S. P. F., Ferreira, M. C. S., & Oliveira, J. P. P. C. (2018). Vivências da família do doente crítico: Um estudo. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 5-10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7230>
- Rego, A., & Cunha, M. P. E. (2016). *Que líder sou eu? Manual de apoio ao desenvolvimento de competências de liderança*. Sílabo
- Ritto, C., & Rocha, F. D. (2012). Avaliação da Dor. Em C. Ritto, F. Rocha, I. Diniz, M. Raposo, P. Milhomens, & S. Faustino, *Manual da Dor Crónica*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia.
- Rocha, J. R. O., Uhlig, S., Karloh, M., Santos, A. R. S., & Sousa, T. R. (2021). Characterization of biopsychosocial factors of patients with chronic nonspecific low back pain. *BrJP*, 4, 332-338. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210062>
- Saioron, I., Ramos, F. R. S., Schneider, D. G., Silveira, R. S., & Silveira, L. R. (2017). Diretivas antecipadas de vontade: Percepções de enfermeiros sobre os benefícios e novas demandas. *Esc Anna Nery*, 21(4), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0100>
- Santos, P. R., Mendonça, C. R., Noll, M., Borges, C. C., Alves, P. M., Dias, N. T., Romeiro, A. M. S., Barbosa, M. A., & Porto, C. C. (2021). Pain in hemodialysis patients: Prevalence, intensity, location and functional interference in daily activities. *Healthcare*, 9, 2-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101375>
- Scheeren, T. W. L., & Ramsay, M. A. E. (2019). New developments in hemodynamic monitoring. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 33, 567-572. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2019.03.043>
- Schoeber, N. H. C., Linders, M., Binkhorst, M., Boode, W., Draaisma, J. M. T., Morsink, M., Nusmeier, A., Pas, M., Riessen, C., Turner, N. M., Verhage, R., Fakuta, C. R. M. G., & Hogeveen, M. (2022). Healthcare professionals' knowledge of the systematic ABCDE approach: A cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 22,1-9. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00753-y>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). Transparência. Obtido de Prevalência de Quedas e Incidências de Úlceras de Pressão. Obtido de https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/prevalencia-de-quedas-e-incidencias-de-ulceras-de-pressao/table/?flg=pt&disjunctive.semestre_ano&disjunctive.regiao&sort=tempo
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2020). SCLínico: Cuidados de Saúde Hospitalares. Obtido de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Shek, K., Patidar, R., Kohja, Z., Liu, S., Gawaziuk, J. P., Gawthrop, M., Kumar, A., & Longsetty, S. (2018). Rate of contamination of hospital privacy curtains in a burns plastic ward: A longitudinal study. *American Journal of Infection Control*, 46(9), 1019-1021. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.03.004>
- Silva, F., Melo, G., Santos, R., Silva, R., Aguiar, L., & Caetano, J. (2020). Avaliação da dor em pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise. *Rev RENE*, 1-9. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143685>
- Silva, R. M., Reis, A. M., Campos, P. & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249-266. https://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- Siqueira, S.R., Zoboli, E.L.C.P., & Paula, S.H.B. (2017). Voluntariado em saúde na graduação e a formação de valores humanísticos, sigilo, privacidade, e confidencialidade de pacientes. *Revista de Graduação USP*, 2(3), 25-33. <https://doi.org/10.11606/issn.2525-376X.v2i3p25-33>
- Smith, D., & Bowden, T. (2017). Using de ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nurs Stand*, 32(14), 51-63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>. PMID: 29185642

- Soares, A. C. L., Brasileiro, M., & Souza, D. G. (2017). Acolhimento com classificação de risco: Atuação do enfermeiro na urgência e emergência. *Revista Científica de Enfermagem*, 8(22), 22-33. <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/150/153>
- Soares, C. S. (2021). *Formação de Estudantes em Ensino Clínico: Intervenção Supervisiva do Tutor*. [Tese de Doutorado, Universidade de Aveiro]. <http://hdl.handle.net/10773/30568>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). Plano Nacional de Avaliação da Dor. Grupo Avaliação da Dor. Obtido de <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2022). Evolução Temporal da Incidência da DRC em TSFR: Implicações clínico-epidemiológicas. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica. Obtido de https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/dados-gerais-do-registo-2022.pdf
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2021). Portuguese Registry of Dialysis and Transplantation 2021. Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Gabinete do registo da Doença Renal Crónica, Gabinete do Registo da Doença Renal Crónica. Obtido de https://www.spnefro.pt/assets/relatorios/tratamento_doenca_terminal/er2022-final.pdf
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., Marques, M. C., Reis, M. G. M., Bule, M. J., & José, H. M. G. (2019). Avaliação e Efetividade da Analgesia em Pessoas Submetidas a Hemodiálise. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(2), 1832-1844. <http://hdl.handle.net/10174/27294>
- Souza, T. L., Azzolin, K. O., & Fernandes, V. R. (2018). Cuidados multiprofissionais para pacientes em delirium em terapia intensiva: Revisão Integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0157>
- Stijn, B., Ruppé, E., Harbarth, S., Asehnoune, K., Poulakou, G., Luyt, C., Rello, J., Klompas, M., Depuydt, P., Eckmann, C., Martin-Loeches, I., Povoas, P., Bouadma, L., Timsit, J., & Zahar, J. (2022). Healthcare-associated infections in adult intensive care unit patients: Changes in epidemiology, diagnosis, prevention and contributions of new technologies. *Intensive and Critical Care Nursing*, 70, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103227>
- Sutherland, R. (2019). Dying well-informed: The need for better clinical education surrounding facilitating end-of-life conversations. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 92(4), 757-764. PMID: PMC6913833
- Torabi, M., Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2018). Experiences of pre-hospital emergency medical personnel in ethical decision-making: A qualitative study. *BMC Med Ethics*, 19(95), 2-9. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0334-x>
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vides, M. C. & Martins, M. R. I. (2017). Avaliação da dor óssea em pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Revista Dor*, 18(3), 245-249. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170109>
- Vikke, H. T., Vittinghus, S., Giebner, M., Kolmos, H. J., Soares, K., Castrén, M., & Lindstrom, V. (2019). Compliance with hand hygiene in emergency medical services: An international observational study. *Emergency Medicine Journal*, 171-175. <https://doi.org/10.1136/emermed-2018-207872>
- Zoromba, M. A., & El-Gazar, H. A. (2021). Nursing human resource practices and hospitals performance excellence: The mediating role of nurses performance. *Acta biomedica: Atenei Parmensis*, 92, 1-9. <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.1124>

APÊNDICES

APÊNDICE I - FORMAÇÃO EM SERVIÇO “FEIXES DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA”

**POLITÉCNICO
DE LEIRIA** ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Feixes de Intervenções no Serviço de Urgência

Rita Rodrigues, estudante do 10º Mestrado em Médico-Cirúrgica, na área de
Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Ensino Clínico I – Urgência do [REDACTED]
Orientador – Enfº Especialista [REDACTED]

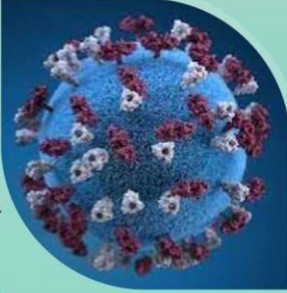
Julho 2022



Feixes de Intervenção no Serviço de Urgência

Título do Trabalho: Feixes de Intervenção no Serviço de Urgência
Data: 12 de Julho de 2022
Duração: 30min
População-alvo: Enfermeiros do SU do [REDACTED]

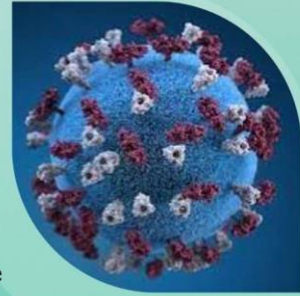
Objetivo Geral:
Promover junto da equipa de enfermagem do SU do [REDACTED] a importância da implementação dos vários Feixes de Intervenção da DGS na prevenção e no controlo de infeção associada aos cuidados de saúde;



Feixes de Intervenção no Serviço de Urgência

Objetivos Específicos:

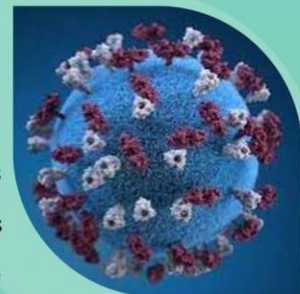
- Dar a conhecer o “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Central (Norma DGS N°022/2015);
- Dar a conhecer o “Feixe de Intervenção” de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico (Norma DGS N°019/2015)
- Sistematizar e uniformizar boas práticas;



IACS - Definição

A Direção-Geral da Saúde define Infecção Associada aos cuidados de Saúde como uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde (DGS,2019);

É uma infecção que ocorre num utente durante a prestação de cuidados no hospital, ou em qualquer outra instituição prestadora de cuidados de saúde, a qual não estava presente ou em incubação no momento da admissão (WHO, 2002);

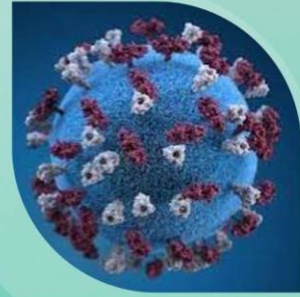


IACS - Definição

As IACS aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde;

A implementação de programas de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência a Antimicrobianos, levou a um decréscimo da taxa de prevalência das IACS de 10,5% para 7,8%;

(DGS, 2017)

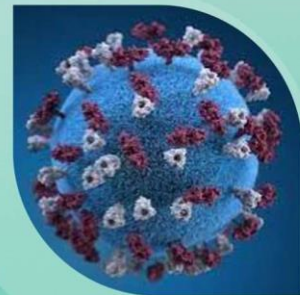


Cadeia de Transmissão

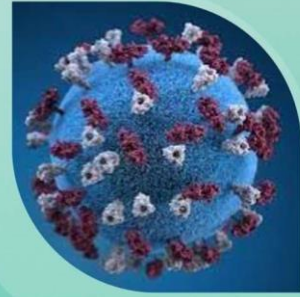


Tipos de Agentes:

- Bactérias;
- Fungos
- Vírus
- Protozoários



Cadeia de Transmissão

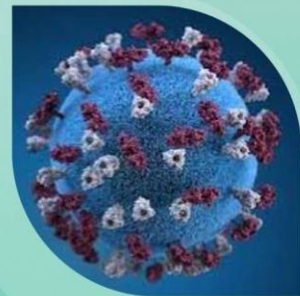


Reservatório – é o local onde o agente se mantém, metaboliza e multiplica.

Fonte – é o local de onde o agente passa para o hospedeiro.

A fonte pode ou não ser o próprio reservatório.

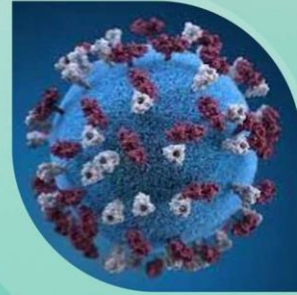
Cadeia de Transmissão



Local por onde o agente deixa o reservatório.

- Gastrointestinal;
- Respiratória;
- Pele;
- Feridas;
- Genital e génito-urinária;
- Dispositivos invasivos durante a manutenção, etc.

Cadeia de Transmissão

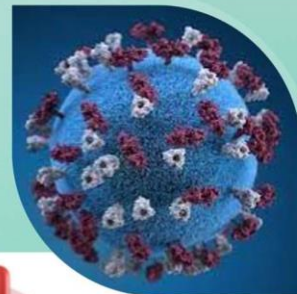


Vias de Transmissão:

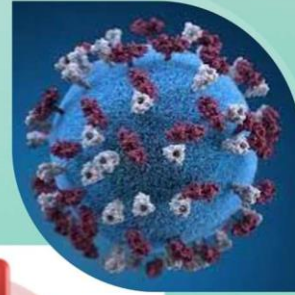
- Contacto;
- Gotículas;
- Aérea;

Cadeia de Transmissão

- Respiratória;
- Digestiva;
- Urinária;
- Pele e mucosas;
- Placenta;
- Dispositivos invasivos durante a inserção;



Cadeia de Transmissão



- Após a entrada o microrganismo:
- Não encontra ambiente favorável – **morre**
 - Encontra ambiente favorável - **coloniza**
 - Invade os tecidos - **infecta**

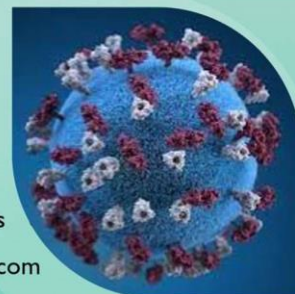


Feixes de Intervenção – O que são?

São um conjunto de intervenções que, quando agrupadas implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado e com maior impacto, do que a soma do efeito de cada uma individualmente;

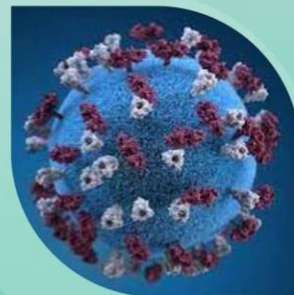
Têm como objetivo assegurar que os doente recebem tratamentos e cuidados recomendados baseados na evidência, de uma forma consistente;

(DGS, 2015)



Feixes de Intervenção – O que são?

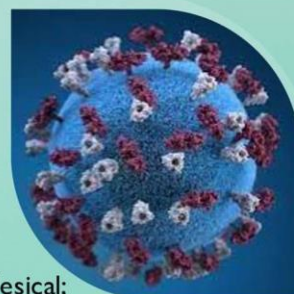
Todas as “bundles” são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo, tratando-se de um conjunto coeso de medidas que têm de ser implementadas num todo para o seu sucesso se atingido;



Feixes de Intervenção – Quais são?

“Feixes de Intervenções”:

- Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical;
- Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central;
- Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico;
- Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação;

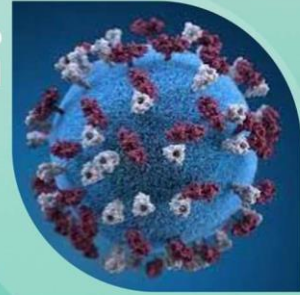


“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS n°022/2015

Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções no momento da colocação:

- Avaliar a necessidade de colocar cateter venoso central, registar a razão da sua necessidade, selecionar cateter venoso central com número mínimo de lumens adequado à situação do doente;
- Realizar preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira máximas (bata estéril, luvas estéreis, touca e máscara) por operador, ajudantes

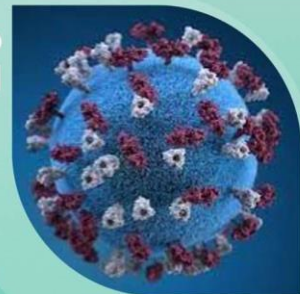


“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS n°022/2015

Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções no momento da colocação:

- Realizar antissepsia da pele do doente com cloro-hexidina a 2% em álcool, antes da colocação do cateter venoso central
- Usar campo cirúrgico que cubra totalidade da superfície corporal do doente;
- Não Usar acesso femoral, sempre que possível;



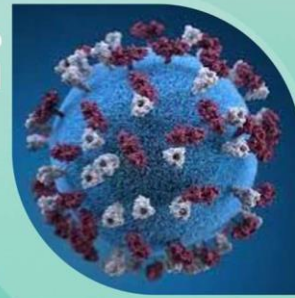
“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS nº022/2015

Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções no momento da colocação:

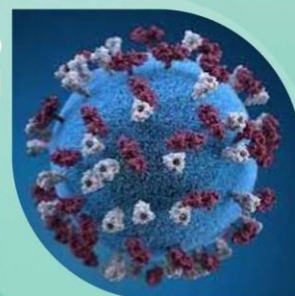
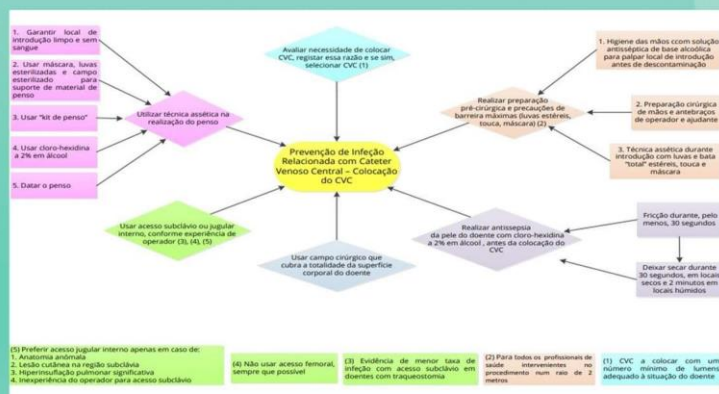
Utilizar técnica asséptica na realização do penso:

- Garantir local de introdução limpo e sem sangue;
- Usar máscara, luvas esterilizadas e campo esterilizado para suporte de material de penso;
- Usar “kit de penso” e cloro-hexidina a 2% em álcool;
- Datar o penso;



“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS nº022/2015



Algoritmo clínico “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

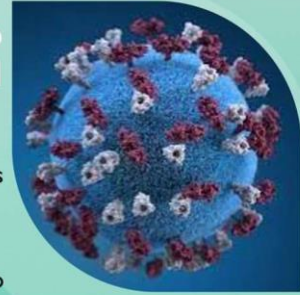
Momento de colocação de cateter venoso central

“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS n°022/2015

Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções na manutenção do cateter venoso central:

- Avaliar diariamente a necessidade de manter o cateter venoso central;
- Realizar higiene das mãos com água e sabão de pH neutro seguido de fricção com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o cateter venoso central;
- Descontaminar as conexões com cloro-hexidina a 2% em álcool ou álcool a 70° antes de qualquer manuseamento local;

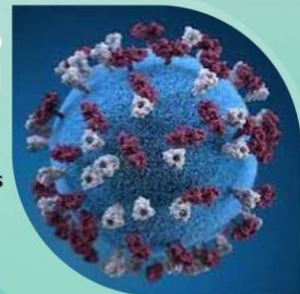


“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS n°022/2015

Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções na manutenção do cateter venoso central:

- Mudar penso com periodicidade adequada e utilizando técnica asséptica;
- Garantir orifício de inserção limpo e sem sangue;
- Usar cloro-hexidina a 2% em álcool na antisepsia da pele;
- Datar o penso;

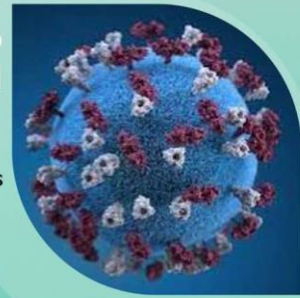


“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS nº022/2015

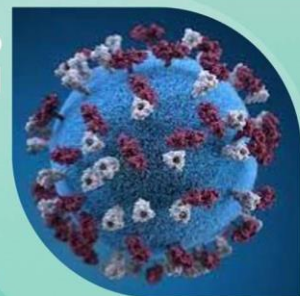
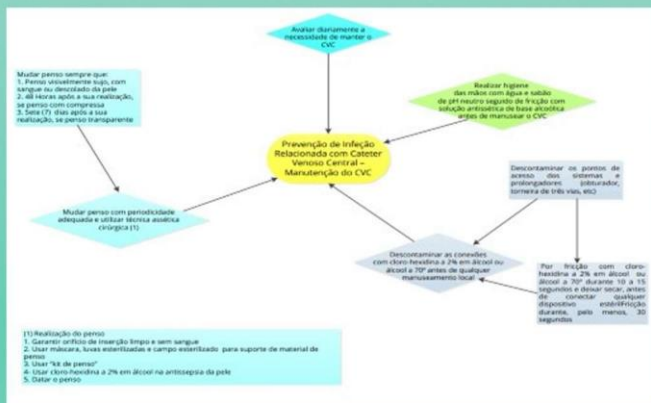
Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções na manutenção do cateter venoso central:

- Em relação ao momento de mudança de penso:
 - Mudar penso sempre que se verifique uma destas condições:
 - Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele;
 - 48 Horas após a sua realização, se penso com compressa;
 - 7 Dias após a sua realização, se penso transparente;



“Feixe de Intervenções” de Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

Norma DGS nº022/2015



Algoritmo “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central

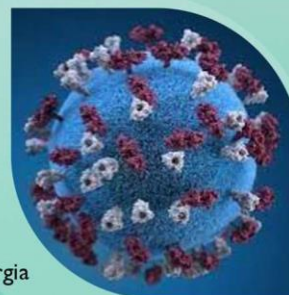
Manutenção de cateter venoso central

“Feixe de Intervenções” Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico

Norma DGS n.º020/2015

Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções

- Realizar banho com cloro-hexidina a 2% no dia anterior à cirurgia e, no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência;
- Administrar antibiótico para profilaxia antibiótica cirúrgica dentro dos 60 min anteriores à incisão cirúrgica, sempre que indicado;
- Evitar tricotomia e, quando absolutamente necessária usar máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica;

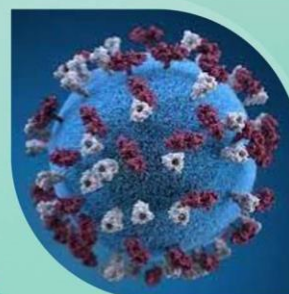


“Feixe de Intervenções” Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico

Norma DGS n.º020/2015

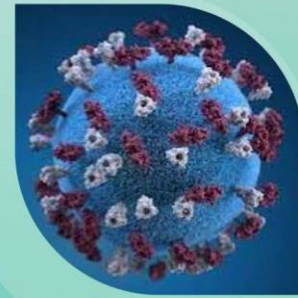
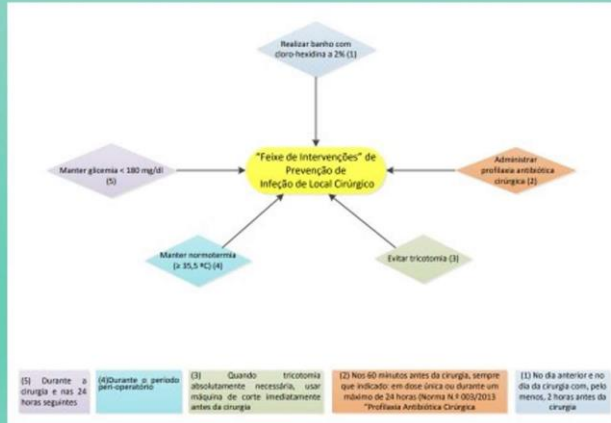
Têm de ser implementadas de forma integrada, as seguintes intervenções

- Manter normotermia peri-operatória (Temp. Central »35,5°C);
- Manter glicémia « 180mg/dl durante a cirurgia e nas 24h seguintes;



“Feixe de Intervenções” Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico

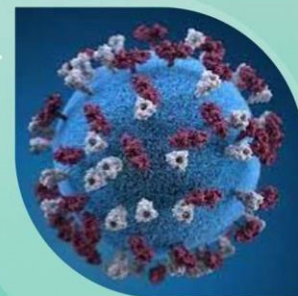
Norma DGS nº020/2015



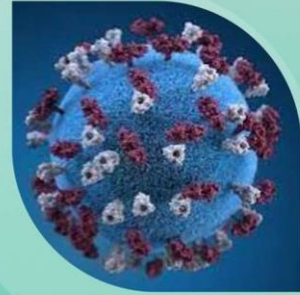
Algoritmo - “Feixes de Intervenção” de Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

Basta uma no Sentido Contrário... TUDO OU NADA

Todas as intervenções são necessárias e se alguma delas não for aplicada o resultado não será o mesmo; A auditoria é do tipo “tudo-ou-nada” (“sim” significa que todas as medidas foram implementadas e “não” significa que nem todas as medidas foram implementadas);

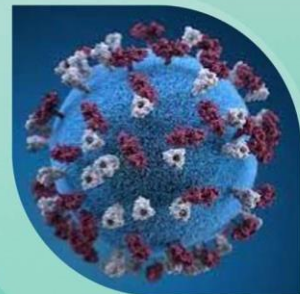


Feixes de Intervenções no Serviço de Urgência



Dúvidas

Feixes de Intervenções no Serviço de Urgência



APÊNDICE II - CONSENTIMENTO INFORMADO UTENTE

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Rita Rodrigues, enfermeira e estudante do 3º Curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, pretende desenvolver um estudo de investigação-ação intitulado “Dor no Doente com DRC – Contributos para a gestão eficaz de dor durante a sessão de hemodiálise”. Este estudo tem por objetivos avaliar a prevalência de dor crónica nos doentes com DRC em hemodiálise na clínica [REDACTED]; Avaliar a presença de dor aguda/intradialítica nos doentes; identificar o tipo de dor com maior prevalência nos doentes; implementar um protocolo de avaliação da dor no doente com DRC em sessão de HD e avaliar os resultados da implementação do protocolo, através da satisfação dos enfermeiros acerca das medidas implementadas. Como instrumento de colheita de dados será aplicado um formulário, com diferentes questões sobre a dor e a gestão da mesma, a ser aplicado durante a sessão de hemodiálise, pelo enfermeiro que o acompanha.

A sua participação implicará responder às questões colocadas pelo enfermeiro e autorizar que este preencha os dados com informações clínicas a seu respeito, sem nunca o identificar. Trata-se de uma participação, voluntária e a qualquer momento pode recusar a participação neste estudo. Tem sempre a alternativa de não participar, recusar responder a qualquer questão ou abandonar o estudo a qualquer momento. A sua desistência não pressupõe qualquer penalidade ou perda, nem compromete a sua relação com os investigadores. Basta informar o investigador se decidir retirar o seu consentimento. A sua participação consiste em responder algumas questões sobre o tema abordado, com o tempo máximo de 10 minutos.

Os dados solicitados não irão permitir a sua identificação pessoal, garantindo a sua confidencialidade. Como tal, ninguém poderá saber quais as respostas que deu a cada questão, permanecendo as mesmas em anonimato. Será respeitada a Lei Geral da Proteção de Dados. Os dados obtidos irão ser sujeitos ao tratamento e análise com recurso à estatística, através da aplicação do software adequado para o efeito. Os dados pessoais dos participantes no presente estudo, incluindo informações recolhidas ou criadas como partes integrantes do estudo, serão utilizadas, apenas para fins de investigação científica. Os dados obtidos serão conservados pelo período estritamente necessário para o seu tratamento e análise de acordo com o regulamentado.

Em caso de qualquer dúvida esclareça com a investigador através do email: 5200106@my.ipleiria.pt ou telefone 918974335. Se concorda com a sua participação no estudo apresentado, por favor assina este documento.

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

**APÊNDICE III - CONSENTIMENTO INFORMADO EQUIPA DE ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS UTENTE**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Rita Rodrigues, enfermeira e estudante do 3º Curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, pretende desenvolver um estudo de investigação-ação intitulado “Dor no Doente com DRC – Contributos para a gestão eficaz de dor durante a sessão de hemodiálise”.

Este estudo tem por objetivos avaliar a prevalência de dor crónica nos doentes com DRC em hemodiálise na clínica [REDACTED]; Avaliar a presença de dor aguda/intradialítica nos doentes; identificar o tipo de dor com maior prevalência nos doentes; implementar um protocolo de avaliação da dor no doente com DRC em sessão de HD e avaliar os resultados da implementação do protocolo, através da satisfação dos enfermeiros acerca das medidas implementadas. Como instrumento de colheita de dados será aplicado um formulário, com diferentes questões sobre o protocolo implementado e o grau de satisfação da equipa de enfermagem relativamente ao mesmo.

A sua participação é voluntária e a qualquer momento pode recusar a participação neste estudo. Tem sempre a alternativa de não participar, recusar responder a qualquer questão ou abandonar o estudo a qualquer momento. A sua desistência não pressupõe qualquer penalidade ou perda, nem compromete a sua relação com os investigadores. Basta informar o investigador se decidir retirar o seu consentimento. A sua participação consiste em responder algumas questões sobre o tema abordado, com o tempo máximo de 10 minutos.

Os dados solicitados não irão permitir a sua identificação pessoal, garantindo a sua confidencialidade. Como tal, ninguém poderá saber quais as respostas que deu a cada questão, permanecendo as mesmas em anonimato. Será respeitada a Lei Geral da Proteção de Dados. Os dados obtidos irão ser sujeitos ao tratamento e análise com recurso à estatística, através da aplicação do software adequado para o efeito.

Os dados pessoais dos participantes no presente estudo, incluindo informações recolhidas ou criadas como partes integrantes do estudo, serão utilizadas, apenas para fins de investigação científica. Os dados obtidos serão conservados pelo período estritamente necessário para o seu tratamento e análise de acordo com o regulamentado.

Em caso de qualquer dúvida esclareça com a investigador através do email: 5200106@myipleiria.pt ou telefone 918974335.

Se concorda com a sua participação no estudo apresentado, por favor assina este documento.

Assinatura: _____ **Data:** ___/___/___

APÊNDICE IV - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS UTENTE

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde

FORMULÁRIO

Dor no Doente com DRC – Contributos para a gestão eficaz de dor durante a sessão de hemodiálise

Instrumento de recolha de dados para a realização de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no âmbito do Mestrado em Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a apresentar à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, realizado pela estudante Rita Alexandra Brás Rodrigues, sob orientação da docente Cristina Raquel Batista Costeira.

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Idade:** ____ anos
2. **Género:** Feminino ____ Masculino ____ Prefiro não responder ____
3. **Residência:** Urbano ____ Rural ____
4. **Habilitações Literárias:** _____

II – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

1. **Tempo em Diálise:** ____ anos e ____ meses
2. **Frequência de Tratamentos por semana:** ____ vezes/semana
3. **Tempo de Tratamento por semana:** ____ h/semana
4. **Acesso Vascular:** FAV ____ PTFE ____ CVC ____
5. **Localização do Acesso Vascular:**
Membro Superior Direito ____ Membro Superior Esquerdo ____

III – AVALIAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA DOR

1. **Sente Dor:** Sim ____ Não ____
Se sim, há quanto tempo sente dor: ____ meses/anos
2. **Duração da Dor:** Contínua ____ . Intermitente ____
3. **Localização da Dor:**
Cabeça ____
Pescoço ____
Membros Superiores ____
Membros Inferiores ____
Costas / Região Lombar ____
Abdómen ____
Osteoarticular ____
Outra ____ . Qual? _____
4. **Dor irradia:** Sim ____ Não ____
Se sim, para que zona do corpo ____
5. **Caracterização da Dor em relação à qualidade:**
Dor tipo formigueiro ____
Dor tipo pontada ____
Dor tipo queimadura ____

Dor tipo moedeiro _____

Dor tipo caibra _____

Outra. Qual; _____

6. Qual a intensidade da dor: _____

Identifique a escala de avaliação utilizada: _____

7. Habitualmente toma medicação para a dor: Sim _____ Não _____

Se sim, qual? _____

8. A sua dor limita a sua atividade diária: Sim _____ Não _____

Se sim, de que forma? (afeta o seu relacionamento com os outros, a sua mobilidade, interfere com o seu sono, etc.):

IV- CARACTERIZAÇÃO DA DOR DURANTE A SESSÃO DE HEMODIÁLISE

1. Sente dor durante a sessão de hemodiálise: Sim _____ Não _____

2. Localização da Dor:

Cabeça _____

Pescoço _____

Membros Superiores _____

Membros Inferiores _____

Costas / Região Lombar _____

Abdómen _____

Osteoarticular _____

Membro do acesso vascular _____

Outra _____

3. Caracterização da dor em relação à qualidade:

Dor tipo formigueiro _____

Dor tipo pontada _____

Dor tipo queimadura _____

Dor tipo moedeiro _____

Dor tipo caibra _____

4. A sua dor agrava durante a sessão de hemodiálise: Sim _____ Não _____

5. **Fatores que aliviam ou agravam a sua dor** (ex: calor, frio, posicionamento, repouso, etc.): _____
6. **Durante a sessão de hemodiálise qual a estratégia que mais usa para alívio da dor?**
Medicação____
Posicionamento____
Outra____
7. **Habitualmente faz medicação para a dor durante a sessão de hemodiálise:**
Sim____ Não____
Se sim, qual? _____
8. **É Seguido na consulta da dor?** Sim____ Não____

Obrigado pela sua colaboração!

**APÊNDICE V – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS EQUIPA DE
ENFERMAGEM**

Avaliação da Implementação do protocolo de avaliação da dor no doente com DRC em sessão de Hemodiálise.

INVESTIGADORA: Rita Rodrigues

ORIENTADORA: Cristina Costeira (PhD)

Rita Rodrigues, enfermeira e estudante

do 3º Curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de

Especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de

Saúde do Politécnico de Leiria, pretende desenvolver um estudo de

investigação-ação intitulado “Dor no Doente com DRC – Contributos para a gestão eficaz de dor durante a sessão de hemodiálise”.

Este estudo tem por objetivos avaliar a

prevalência de dor crónica nos doentes com DRC em hemodiálise na clínica

██████████. Avaliar a presença de dor aguda/intradialítica nos doentes;

identificar o tipo de dor com maior prevalência nos doentes; implementar um

protocolo de avaliação da dor no doente com DRC em sessão de HD e avaliar os

resultados da implementação do protocolo, através da satisfação dos enfermeiros

acerca das medidas implementadas. Como instrumento de colheita de dados será

aplicado um formulário, com diferentes questões sobre o protocolo implementado

e o grau de satisfação da equipa de enfermagem relativamente ao mesmo.

A sua participação é voluntária e a

qualquer momento pode recusar a participação neste estudo. Tem sempre a

alternativa de não participar, recusar responder a qualquer questão ou

abandonar o estudo a qualquer momento. A sua desistência não pressupõe qualquer

penalidade ou perda, nem compromete a sua relação com os investigadores. Basta

informar o investigador se decidir retirar o seu consentimento. A sua participação

consiste em responder algumas questões sobre o tema abordado, com o tempo

máximo de 10 minutos.

Os dados solicitados não irão permitir a

sua identificação pessoal, garantindo a sua confidencialidade. Como tal,

ninguém poderá saber quais as respostas que deu a cada questão, permanecendo as

mesmas em anonimato. Será respeitada a Lei Geral da Proteção de Dados. Os dados

obtidos irão ser sujeitos ao tratamento e análise com recurso à estatística,

através da aplicação do software adequado para o efeito.

Os dados pessoais dos participantes no presente estudo, incluindo informações recolhidas ou criadas como partes integrantes do estudo, serão utilizadas, apenas para fins de investigação científica. Os dados obtidos serão conservados pelo período estritamente necessário para o seu tratamento e análise de acordo com o regulamentado.

Em caso de qualquer dúvida esclareça com a investigador através do email: ritarodrigues_9@hotmail.com ou telefone 918974335.

Por favor leia as questões seguintes e responda a todas.

***Obrigatório**

1. Li, entendi e aceito os objetivos do projeto, bem como as condições descritas no consentimento informado previamente fornecido. Autorizo a utilização dos dados para desenvolvimento do projeto acima referido, para efeitos de investigação e publicação. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

2. Idade *

3. Género *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Prefiro não responder

4. Categoria Profissional *

Marcar apenas uma oval.

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

5. Tempo de experiência Profissional *

(anos)

6. Possui formação na área da dor? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Considera importante receber formação na área da dor? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

**AVALIAÇÃO DO
PROTOCOLO E DA
SUA
IMPLEMENTAÇÃO**

Nesta seção será pedido que responda a algumas questões relacionadas com o protocolo de avaliação de dor e a sua implementação.

1. Como avalia a importância da avaliação da dor durante a sessão de hemodiálise? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante

2. Considera importante a existência de um protocolo de avaliação da dor durante a sessão de hemodiálise? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

3. Como avalia a adequação do protocolo ao contexto clínico? *

Marcar apenas uma oval.

- Nada adequado
- Pouco adequado
- Adequado
- Muito Adequado

4. Considera que a gestão de dor dos doentes é mais eficaz depois da implementação do protocolo? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

5. Considera que a sua abordagem ao doente com dor durante a sessão de hemodiálise melhorou após a implementação do protocolo? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

6. O protocolo veio permitir dar visibilidade à avaliação da dor durante a sessão de hemodiálise? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

7. Considera o protocolo **fácil de aplicar** durante a sessão de hemodiálise? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Considera o protocolo **eficaz para a avaliação** da dor durante a sessão de hemodiálise? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Considera que o protocolo **foi implementado adequadamente**, dando tempo à equipa *
para se adaptar?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

10. Considera que **foi dada a formação/apoio adequada** sobre o protocolo a ser *
implementado?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Considera que o protocolo **veio contribuir para a melhoria dos cuidados ao** *
doente?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

12. Como avalia o **seu grau de satisfação** relativamente ao protocolo? *

Marcar apenas uma oval.

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

13. Indique se considerar, sugestões para **melhorar a abordagem da dor** ao doente durante a sessão de hemodiálise?

14. Indique, se considerar, sugestões **para melhorar o protocolo implementado?**

Muito Obrigado pela sua participação!

**APÊNDICE VI – FORMAÇÃO EM SERVIÇO “DOR NO DOENTE COM DRC:
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO”**

Dor no Doente com DRC

Protocolo de Avaliação

Rita Rodrigues, estudante do 10º Mestrado em Médico-Cirúrgica, na área de
Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

março 2023

Plano da sessão

Título do trabalho: Dor no doente com DRC

Data: 30 de março de 2023

Duração: 30 minutos

População-alvo: Enfermeiros

Índice:

- Introdução
- Definição de Dor
- Definições e Conceitos
- Realidade na ~~Realidade~~ ~~Realidade~~
- Apresentação do Procedimento
- Conclusão

Objetivos

- Promover junto da equipa de enfermagem a importância da avaliação da dor durante a sessão de Hemodiálise;
- Dar a conhecer a realidade da Clínica;
- Dar a conhecer o protocolo de avaliação da dor no doente com DRC;
- Operacionalizar e uniformizar a avaliação da Dor no doente com DRC em sessão de hemodiálise na clínica;

Introdução

Introdução

A dor é considerada um importante indicador de qualidade dos cuidados ;

Estima -se que 30% da população mundial sofra de dor ;

Muitos dos profissionais de saúde ainda não reconhecem esta problemática como um problema de saúde pública, o que impede uma abordagem interdisciplinar e multifatorial ao alívio da dor.

DOR

Evolução Histórica

Dor

IASP (International Association for the Study of Pain)

1978 - "uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão" ;

1994 - "uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão" ;

Dor

IASP (International Association for the Study of Pain)

2020 - Definiu dor "como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual ou potencial"

Dor

Direção-Geral de Saúde

2003 – Publica a Circular Normativa nº09 de 2003, a Dor como 5º sinal vital ;

Refere que deve ser avaliada e registada a intensidade da dor, realizada de forma regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a melhorar a qualidade de vida do doente e a sistematizar os cuidados de enfermagem na abordagem do doente com dor.

Dor

Ordem dos Enfermeiros

2008: Reconhece a importância do papel que os enfermeiros desempenham no controlo da dor, publica guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor "**Dor - Guia Orientador de Boa Prática**".

Apresentando recomendações transversais para os cuidados à pessoa com dor.

Definições e Conceitos

Definições e Conceitos

Dor Aguda – pode ser considerada um sintoma de doença ou lesão, tem uma curta duração e tende a desaparecer ao fim de alguns dias ou semanas;

Dor Crónica – pode ser definida como uma dor que persiste ou que recorre ao longo de mais de 3 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente;

Definições e Conceitos

História de Dor

- Características de dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- Fatores de alívio e de agravamento;
- Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Formas de comunicar/expressar a dor (silêncio, gemidos, etc);
- Experiências anteriores;
- Estratégias para enfrentar a dor;
- Efeitos da dor na vida diária (impacto social, sócio-económico e espiritual da dor);

Definições e Conceitos

Características de dor

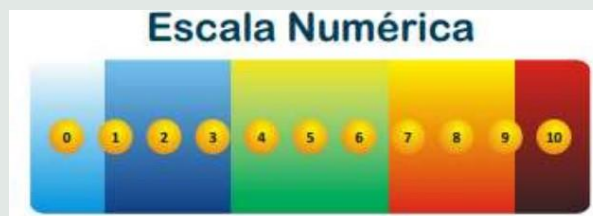
- Evolução – Há quanto tempo tem dor? A dor é intermitente ou contínua?;
- Localização – Onde é que sente dor?;
- Qualidade – Dor tipo pontada, queimadura, facada, caibra, formigueiro;
- Intensidade – Qual a intensidade da dor? (instrumentos de avaliação);

Definições e Conceitos

Instrumentos de avaliação da intensidade dor

- Escala Numérica

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. O doente faz a correspondência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica. Sendo que 0 corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a “dor máxima”.



Definições e Conceitos

Instrumentos de avaliação da intensidade dor

- Escala Qualitativa

O doente classifica a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor máxima”.



Definições e Conceitos

Instrumentos de avaliação da intensidade dor

PAINAD - A escala PAINAD é composta por cinco objetos de avaliação: padrão respiratório, vocalização negativa, linguagem corporal, expressão facial e consolabilidade.

O score resultante da avaliação varia entre 0 (ausência de dor) e 10 (dor máxima). Se for atingido um score igual ou superior a quatro deve ser instituída terapêutica analgésica.

Definições e Conceitos

Instrumentos de avaliação da intensidade dor

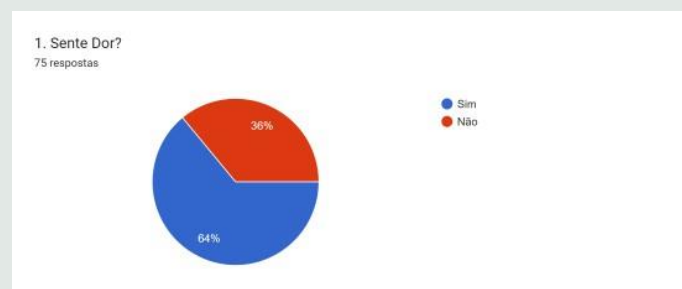
PAINAD

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stok	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
	Relaxada.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. 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

Realidade na Clínica

A Realidade na Clínica

Avaliação e
Caracterização da
Dor



- 64% refere presença de dor
- 36% sem presença de dor

A Realidade na Clínica

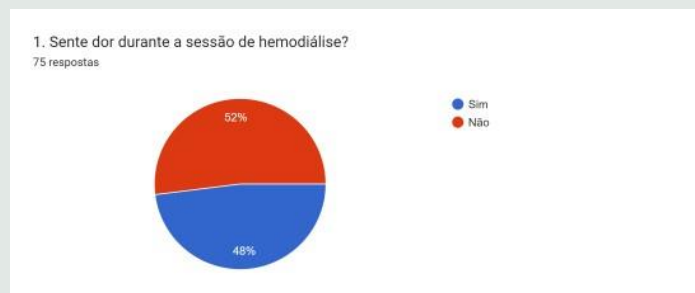
Avaliação e
Caracterização da
Dor

Qual a Intensidade da dor?

- 12,7% referiu dor leve (escala qualitativa) ou de intensidade entre 0 e 3 (escala numérica);
- 83% referiu dor moderada a Intensa ou de intensidade 4 e 9;
- Nenhum utente referiu dor máxima ou de intensidade 10;

A Realidade na Clínica

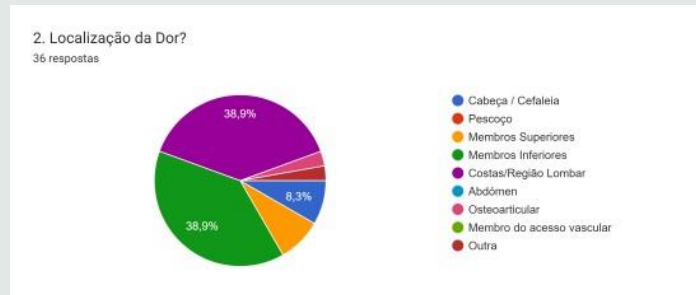
Avaliação e
Caracterização da
Dor durante a
sessão de HD



- 48% refere dores durante a sessão de hemodiálise
- 52% não refere dores durante a sessão de hemodiálise

A Realidade na Clínica

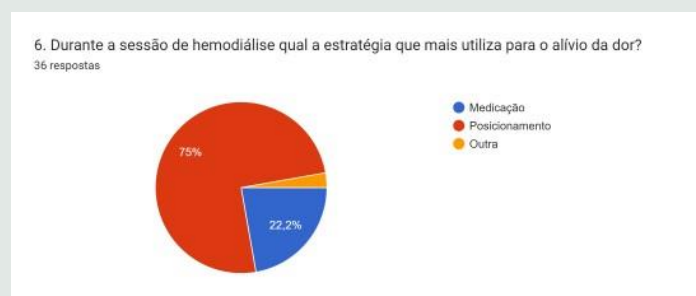
Avaliação e Caracterização da Dor durante a sessão de HD



38,9% Dor nos Membros Inferiores
38,9% Costas/Região Lombar
8,3% Cefaleias

A Realidade na Clínica

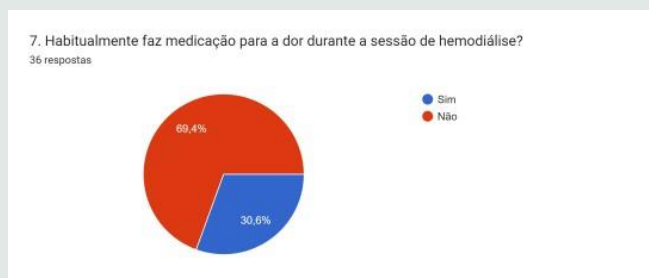
Avaliação e Caracterização da Dor durante a sessão de HD



75% utentes refere que a estratégia que mais utiliza para o alívio de dor é o Posicionamento

A Realidade na Clínica

Avaliação e
Caracterização da
Dor durante a
sessão de HD



- 30,6% refere fazer medicação para alívio da dor
- 69,4% refere não fazer medicação para alívio da dor

Procedimento de
avaliação da dor durante
sessão de HD

Procedimento

- A avaliação da dor é responsabilidade do médico e do enfermeiro, efetuada de forma sistemática em todos os utentes, mesmo que estes não a verbalizem de forma espontânea;
- A autoavaliação da dor deve ser privilegiada como fonte de informação da presença de dor;
- Nos doente que não sejam capazes de autoavaliar a sua dor deve ser utilizada a escala de heteroavaliação PAINAD ;

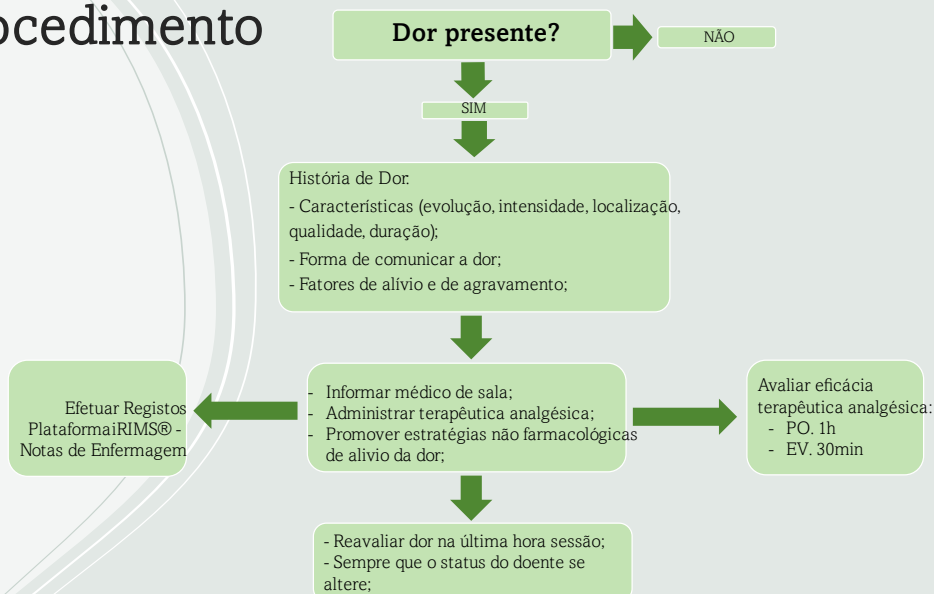
Procedimento

- A escala a utilizar por um determinado doente deve ser sempre a mesma;
- Sempre que após a avaliação da intensidade da dor se obtiver um score superior a 3 nas escalas de autoavaliação e um score superior a 4 na escala de heteroavaliação (PAINAD), requer intervenção farmacológica ou não farmacológica para o alívio da dor;

Procedimento



Procedimento



Conclusão

Conclusão

A dor no doente com Doença Renal Crónica não acomete só o próprio doente, mas também a sua família e cuidadores.

A avaliação da dor deve ser uma prioridade dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar, considerando o alívio da dor um direito do doente e que interfere na sua qualidade de vida.

Conclusão

Pelas funções que o enfermeiro desempenha durante a sessão de HD, tem de ter um papel ativo na avaliação e controlo da dor no doente com DRC em sessão de hemodiálise.

A mudança na abordagem ao doente com DRC em sessão de HD precisa de partir de todos os enfermeiros, voltando a sua prática para o doente, como ser individual, com necessidades específicas, respeitando-o como um todo.

Questões
e
Sugestões

Bibliografia

Bibliografia

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2023). Obtido em fevereiro de 2023, de [APED - Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor - Home \(aped-dor.org\)](https://aped-dor.org/);
- Ashmawi, H. A. (2020). Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor Obtido em maio de 2022, de https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/epidemiologia-da-dor_2020.pdf;
- Direção-Geral de Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Ministério da Saúde;
- International Association for the Study of Pain. (2020). International Association for the Study of Pain. Obtido em abril de 2022, de <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde. Lisboa;
- Ordem dos Enfermeiros. (junho de 2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática;



Obrigada!!

APÊNDICE VII – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE DOR DURANTE A SESSÃO DE HEMODIÁLISE

Companhia [REDACTED]	O documento aplica-se a Clínicas	Tipo de documento Procedimento		Página 1 (6)
Nome do documento Avaliação da Dor durante a sessão de hemodiálise		Número do documento Doc. número	Versão do documento 000	
Elaborado por Enf^a Rita Rodrigues		Data de emissão	Data de implementação Selecione a data	
Revisto por			Data da última revisão	
Aprovado por				

1. OBJETIVOS

A dor é considerada um importante indicador de qualidade dos cuidados prestados nos serviços e instituições de saúde. Esta é um enorme problema de saúde pública, estima-se que 30% da população mundial sofra de dor, exercendo uma enorme pressão sobre os serviços de saúde (Ashmawi, 2020). Muitos dos profissionais de saúde ainda não reconhecem esta problemática como um problema de saúde pública, o que impede uma abordagem interdisciplinar e multifatorial ao alívio da dor.

Segundo o *International Association for the Study of Pain (IASP)* reviu em 2020 a definição de Dor como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual ou potencial. Esta é um fenómeno subjetivo e multidimensional, exige um tratamento individualizado por parte da equipa multidisciplinar.

A Direção-Geral da Saúde na Circular Normativa nº09 de 2003, a Dor como 5º sinal vital, refere que deve ser avaliada e registada a intensidade da dor, realizada de forma regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a melhorar a qualidade de vida do doente e a sistematizar os cuidados de enfermagem na abordagem do doente com dor.

No doente com Doença Renal Crónica, a dor acomete não só o próprio doente, mas também a sua família e cuidadores. A sua avaliação deve ser uma prioridade dos enfermeiros e da equipa multidisciplinar, considerando o alívio da dor um direito do doente e que interfere na sua qualidade de vida. Pelas funções que o enfermeiro desempenha durante a sessão de HD, este tem de ter um papel ativo na avaliação e controlo da dor no doente com DRC em sessão de hemodiálise.

Este procedimento pretende operacionalizar e uniformizar a avaliação da dor na Diaverum – Pombal dial e capacitar os enfermeiros para intervirem adequadamente no melhor controlo da dor no doente durante a sessão de hemodiálise.

2. DEFINIÇÕES

- **Dor** - uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual ou potencial (IASP);
- **Dor Aguda** – pode ser considerada um sintoma de doença ou lesão, tem uma curta duração e tende a desaparecer ao fim de alguns dias ou semanas;
- **Dor Crónica** – pode ser definida como uma dor que persiste ou que recorre ao longo de mais de 3 meses, que muitas vezes persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente (APED);

- **História de Dor**

Avaliar a dor consiste em descobrir a natureza e o significado da experiência dolorosa, ou seja, engloba um conjunto de informações que permitem identificar e quantificar a dor, formular diagnósticos e planear os cuidados.

A este conjunto de informações chamamos “história de dor”, que consiste na colheita de informação que permite orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação disponíveis.

Esta colheita deve ser realizada considerando os seguintes parâmetros:

- Características de dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- Fatores de alívio e de agravamento;
- Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Formas de comunicar/expressar a dor (silêncio, gemidos, etc);
- Experiências anteriores
- Estratégias para enfrentar a dor
- Efeitos da dor na vida diária (impacto social, sócio-económico e espiritual da dor);

- **Características de dor**

- **Evolução** – Há quanto tempo tem dor? A dor é intermitente ou contínua?
- **Localização** – Onde é que sente dor?
- **Qualidade** – Dor tipo pontada, queimadura, facada, caibra, formigueiro (etc);
- **Intensidade** – Qual a intensidade de dor? (instrumentos de avaliação)

- **Instrumentos de avaliação da intensidade dor**

- Escala Numérica (EN)

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

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. O doente faz a correspondência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica. Sendo que 0 corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a “dor máxima”.

- Escala Qualitativa (EQ)

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

Na Escala Qualitativa pretende-se que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor máxima”.

- PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

A escala PAINAD é composta por cinco objetos de avaliação: padrão respiratório, vocalização negativa, linguagem corporal, expressão facial e consolabilidade.

O score resultante da avaliação varia entre 0 (ausência de dor) e 10 (dor máxima). Se for atingido um score igual ou superior a quatro deve ser instituída terapêutica analgésica.

Categoria	Item	Pontuação
Respiração	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação	1
	Respiração difícil e ruidosa Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-stok</i>	2
Vocalização Negativa	Nenhuma	0
	Queixume ou gemido ocasional Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação	1
	Chamamento perturbado repetitivo Queixume ou gemido alto. Choro	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva	0
	Triste, Amedrontado, Sobrancelhas franzidas	1
	Esgar Facial	2
Linguagem Corporal	Relaxada	0
	Tensa. irrequieta	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. 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

3. PROCEDIMENTO

A avaliação da dor é responsabilidade do médico e do enfermeiro, efetuada de forma sistemática em todos os utentes, mesmo que estes não a verbalizem de forma espontânea.

O autorrelato da dor deve ser privilegiado como fonte de informação da presença de dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas

Nos doente que não sejam capazes de autoavaliar a sua dor deve ser utilizada a escala de heteroavaliação PAINAD

A Escala a utilizar por um determinado doente deve ser sempre a mesma.

Sempre que após a avaliação da intensidade da dor se obtiver um score superior a 3 nas escalas de autoavaliação e um score superior a 4 na escala de heteroavaliação (PAINAD), requer intervenção farmacológica ou não farmacológica para o alívio da dor.

N.º	Ações	Comentários/ Responsabilidades
1.	Avaliar o nível de orientação do doente e a sua capacidade de autoavaliar a dor;	Responsabilidade do Enfermeiro
2.	Avaliar a dor na 1ª hora de tratamento. Deve ser adequada a escala a utilizar ao doente e à sua capacidade cognitiva: - Escala Numérica; - Escala Qualitativa - PAINAD	Responsabilidade do Enfermeiro
3.	Se dor presente, avaliar a história da dor (características, formas de alívio, formas de comunicar a dor, etc.)	Responsabilidade do Enfermeiro
4.	Efetuar registos de enfermagem (notas de enfermagem) Importante: registar as características da dor	Responsabilidade do Enfermeiro
5.	Informar o médico da presença de dor	Responsabilidade do Enfermeiro
6.	Administrar terapêutica analgésica ou realizar intervenção não farmacológica de alívio da dor	Responsabilidade do Enfermeiro/Médico
7.	Avaliar a eficácia da terapêutica analgésica -Terapêutica oral 1h após; -Terapêutica Endovenosa 30min após;	Responsabilidade do Enfermeiro
8.	Efetuar registos de enfermagem (notas de enfermagem);	Responsabilidade do Enfermeiro

Avaliação da Dor durante a sessão de hemodiálise	Número do documento Doc. número	Versão do documento 000	Página 6 (6)
--	------------------------------------	----------------------------	-----------------

9.	Reavaliar a dor na última hora da sessão e sempre que existam alterações no estado do doente;	Responsabilidade do Enfermeiro
10.	Efetuar registos de Enfermagem (notas de enfermagem)	Responsabilidade do Enfermeiro

4. DOCUMENTOS ASSOCIADOS, REFERÊNCIAS, HIPERLIGAÇÕES

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2023). Obtido em fevereiro de 2023, de [APED - Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor - Home \(aped-dor.org\)](http://aped-dor.org)
- Ashmawi, H. A. (2020). Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor. Obtido em maio de 2022, de https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/epidemiologia-da-dor_2020.pdf
- Direção-Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5^o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Ministério da Saúde.
- International Association for the Study of Pain. (2020). *International Association for the Study of Pain.* Obtido em abril de 2022, de <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Ordem dos Enfermeiros. (junho de 2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática.*

5. HISTÓRICO DO DOCUMENTO (listagem das versões e atualizações)

Versão	Data	Autor/Revisor	Descrição das alterações/comentários

ANEXOS

ANEXO I – PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA

COMISSÃO de ÉTICA

PARECER

A Comissão de Ética dá parecer POSITIVO à proposta de investigação nº 7/2022, intitulada “**Dor no Doente com DRC - Contributos para a gestão eficaz de dor durante a sessão de hemodiálise**”, submetida pela Senhora Enf^a Rita Alexandra Brás Rodrigues, desejando o maior sucesso a esse estudo.

23 Setembro 2022

Presidente da Comissão de Ética da [REDACTED] Portugal