

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA**

2.º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO FINAL

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
**Contributos das estratégias não farmacológicas para a gestão
de dor – Projeto de melhoria contínua**

Teresa Marques Neves

Leiria, setembro 2023

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA**

2.º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO FINAL

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM
ENFERMAGEM NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA:
**Contributos das estratégias não farmacológicas para a gestão
de dor – Projeto de melhoria contínua**

Teresa Marques Neves

5200103

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

Supervisora: Professora Adjunta Cristina Costeira

Leiria, setembro 2023

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes” Marthin Luther King (1929-1964).

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de saúde das equipas por onde passei, pelo acolhimento, disponibilidade e ensinamentos transmitidos, em especial aos Enfermeiros Orientadores pela dedicação.

À Professora Cristina, Enfermeira e Professora Adjunta, pela paz que transmitiu, pela compreensão, força e carinho ao longo desta fase.

À equipa da Cirurgia que colaborou na recolha de dados para concretização deste relatório.

À minha família, nomeadamente irmã e cunhado, pela força e apoio desde o primeiro minuto desta aventura.

Aos meus pais por me ensinarem a ser resiliente.

Aos meus sobrinhos, João e Júlia, meus grandes heróis pequeninos, que suportaram as minhas ausências e, na sua inocência, foram e continuam a ser o meu maior alento.

À Carla Santos, minha desafiadora e companheira desde o primeiro minuto.

À Lígia, à Cristiana, e a todos os que foram surgindo, por me terem ajudado a transformar lágrimas em sorrisos, dificuldades em vitórias e nunca me terem desamparado.

RESUMO

Introdução: O foco dos cuidados do Enfermeiro Especialista na área de Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, é a pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica e família/cuidadores. Para garantir a qualidade dos cuidados prestados é importante que este esteja empoderado de competências comuns e específicas à sua área de especialidade.

Objetivos: i) Refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento de competências específicas e comuns desenvolvidas em contexto de três ensinamentos Clínicos (urgência, intensivos e cuidados pós-cirúrgicos); ii) descrever um projeto de melhoria contínua de qualidade, realizado em contexto de trabalho, sobre “contributos das estratégias não farmacológicas na gestão de dor do doente submetido a cirurgia”.

Metodologia: Dividiu-se este relatório em duas partes. Na primeira parte foi realizada uma análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas de enfermagem de acordo com os Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros, onde se utilizaram as experiências vivenciadas em ensino clínico, para justificar a aquisição das mesmas. Na segunda parte é descrito um projeto de melhoria contínua, desenvolvido num Serviço de Cirurgia, com enfermeiros que cuidavam da pessoa crítica com dor não controlada, em situação de pós-operatório. Este estudo utilizou uma metodologia de investigação-ação.

Resultados: A elaboração deste relatório, permitiu sistematizar as aprendizagens por competências comuns e específicas desenvolvidas em ensino clínico, para além de ampliar o conhecimento em termos de pesquisa e síntese. A elaboração do projeto de melhoria veio também contribuir com desenvolvimento de competências de investigação, imprescindível à evolução da profissão e à garantia de cuidados baseados na evidência.

Conclusão: As especificidades do cuidado à pessoa em situação crítica e seu família/cuidador desafia diariamente o enfermeiro especialista a mobilizar conhecimento e competências que lhe permitam dirigir os cuidados, de forma eficiente, às necessidades da pessoa que cuida.

Palavras-Chave: Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Competências, Dor, Estratégias Não Farmacológicas.

ABSTRACT

Introduction: The focus of the Specialist Nurse's care in the Medical-Surgical area in terms of the Person in Critical Situation, is the person in critical situation and/or organ failure and family/caregivers. To ensure the quality of care provided, it is important that specialist nurses are empowered with common and specific skills in their area of expertise.

Objectives: i) Critically reflect on the process of developing specific and common skills developed in the context of three Clinical teachings (urgency, intensive and post-surgical care); ii) describe a continuous quality improvement project, carried out in a work context, on “contributions of non-pharmacological measures in the management of pain in patients undergoing surgery”.

Methodology: This report has been divided into two parts. In the first part, a critical-reflexive analysis of common and specific nursing skills was carried out in accordance with the Regulations of the Order of Nurses, where experiences lived in clinical teaching were used to justify their acquisition. In the second part, a continuous improvement project is described, developed in a Surgery Service with nurses who take care of the critical person with uncontrolled pain, in a postoperative situation. This study uses an action-research methodology.

Results: The preparation of this report made it possible to systematize learning through common and specific skills developed in clinical teaching, in addition to expanding knowledge in terms of research and synthesis. The elaboration of the improvement project also contributed to the development of research skills, essential for the development of the profession and the guarantee of better care based on evidence.

Conclusion: The specificities of caring for people in critical situations and their family/caregiver daily challenge specialist nurses to mobilize knowledge and skills that allow them to efficiently direct care to the needs of the person they care for.

Keywords: Nursing, Specialist Nurse, Skills, Pain, Non-Pharmacological Strategies.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACCF/AHA – *American College of Cardiology Foundation/American Heart Association*

ACSS – Administração Central dos Sistema de Saúde

ADR – Área de Doenças Respiratórias

AO – Assistentes Operacionais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

COVID-19 – *Corona Virus Disease*

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EDTNA/ERCA – *The European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*

EC – Ensino clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEG – Eletroencefalograma

EEMI – Equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

EN – Escala Numérica da Dor

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

ERC – *European Resuscitation Council*

ERI – Equipa de Reanimação Intra Hospitalar

ESSLei-IPL – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

EVA – Escala Visual Analógica

g – Grama

GIF – Gabinete de Informação à Família

h – Hora

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP – *International Association for the Study of Pain*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

LA – Linha Arterial

LRA – Lesão Renal Aguda

mg/dL – Miligramas por decilitro (unidade de medida)

ml – Mililitro (unidade de medida)

n.º – Número

NAS – *Nursing Activities Score*

NPUAP – *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PPPIA – *Pan Pacific Pressure Injury Alliance*

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SA – Sala Aberta

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

SCA – Síndromes Coronárias Agudas

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS® – *Statistical Package for the Social Science*

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

TSR – Técnicas de Substituição Renal

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPC – Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos

UMC – Urgência Médico Cirúrgica

UOC – Unidade de Observação de Cirurgia

UOM – Unidade de Observação de Medicina

UP – Úlceras de Pressão

VMNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

% – Por cento

> – Maior/Superior

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	15
1. ENQUADRAMENTO	15
1.1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINOS CLÍNICOS	15
1.1.1. EC de Urgência.....	16
1.1.2. EC de Cuidados Intensivos	20
1.1.3. EC de Opção - UCPC	22
2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	24
2.1.1. Competências de responsabilidade profissional, ética e legal	24
2.1.2. Competências de domínio da melhoria da Qualidade.....	28
2.1.3. Competências de domínio da Gestão de Cuidados.....	31
2.1.4. Competências de domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	33
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	34
2.2.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica	35
2.2.2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	40
2.2.3. Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica	42
PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BAEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA.....	44
1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO.....	46
1.1. DOR: CONHECIMENTOS, PRINCÍPIOS E EVOLUÇÃO.....	46
1.1.1. Classificação da dor	48
1.1.2. Escalas de avaliação da dor	50
1.1.3. Papel do enfermeiro na gestão de dor: estratégias não farmacológicas.....	51
2. ASPETOS METODOLÓGICOS.....	53

2.1. DESENHO DE ESTUDO	53
2.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	54
2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	55
2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	55
2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	56
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
4. CONCLUSÃO DO ESTUDO.....	66
CONCLUSÃO	67
BIBLIOGRAFIA	69

APÊNDICES

Apêndice I – Trabalho sobre EEG

Apêndice II – Formação sobre Estratégias não farmacológicas

Apêndice III – Questionário Online I

Apêndice IV – Questionário Online II

Apêndice V – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

ANEXOS

Anexo I – Programa das Jornadas de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

Anexo II – Despacho de Aprovação do Estudo pelo Conselho de Administração

Anexo III – Despacho de Aprovação do Estudo pelo Conselho de Ética e Unidade de Apoio Jurídico

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros	58
Tabela 2 - Respostas dos enfermeiros sobre a dor e estratégias não-farmacológicas.....	60
Tabela 3 - Principal razão/limitações que justificam a não utilização regular e sistemática das estratégias não farmacológicas como complemento na gestão de dor	61
Tabela 4 - Qual a estratégia que mais implementou?.....	61
Tabela 5 - Frequência da implementação das estratégias não farmacológicas para alívio da dor	63
Tabela 6 - Eficácia da implementação das estratégias	63
Tabela 7 - Medicamentos administrados em complemento das estratégias	64
Tabela 8 - Estratégias mais implementadas	64
Tabela 9 - Na opinião dos enfermeiros, o que poderia ser melhorado?	65

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista (EE) é aquele a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, nas áreas de especialidade em enfermagem regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2019).

No que diz respeito ao especialista em Enfermagem de Médico-Cirúrgica (EMC) na especialização da Pessoa em Situação Crítica (PSC) este deverá ainda dar resposta à exigência de prestar cuidados altamente qualificados, disponibilizados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

No processo de desenvolvimento de competências exigidas ao EE a formação dos estudantes de enfermagem admite várias vertentes educativas: a teórica, prática, teórico-prática, laboratorial e Ensino Clínico (EC). Os EC são momentos privilegiados, que permitem uma aprendizagem clínica nos contextos de trabalho, desenvolvendo diversas competências pessoais e profissionais nos estudantes (Araújo et al., 2023; Couchman et al., 2022; Munangatire et al., 2023). Estes permitem um processo de preparação de socialização, como futuros profissionais, pelo que assumem grande importância, quer para a sua formação, quer para o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Simões & Garrido, 2007). O desenvolvimento do processo reflexivo e crítico, inerente à prática clínica, são fundamentais para o processo de desenvolvimento profissional assim como o desenvolvimento de competências de investigação são também um requisito importante na formação dos EE.

Este documento está inserido na Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório e tem 2 principais objetivos: o primeiro evidenciar e refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências, ao longo da frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPL) que decorreu durante o período temporal de 2021-2022, nomeadamente nos EC realizados num Serviço de Urgência Médico Cirúrgica (SUMC), num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e numa Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos (UCPC).

Os EC mencionados neste relatório foram todos desenvolvidos no mesmo Centro Hospitalar embora em unidades distintas.

Previamente aos EC foram delineados e desenvolvidos projetos de aprendizagem com destaque para os objetivos, metas e atividades a desenvolver, potenciadoras do desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE. No término dos EC foi elaborado um relatório crítico, refletindo sobre as atividades desenvolvidas e a consecução dos objetivos, como ilustrativo das competências de EE desenvolvidas e que serão sumariadas e compiladas neste trabalho. A teoria de enfermagem que seguiu de referência aos cuidados prestados nestes três EC foi a Teoria das Transições de Meleis e a teoria do Conforto de Kolcaba onde se focou o conforto do doente (alívio, tranquilidade e transcendência) nos momentos de transição de saúde-doença.

O segundo objetivo deste relatório, pretende descrever um projeto de melhoria contínuo da qualidade, realizado em contexto de trabalho, sobre “contributos das estratégias não farmacológicas na gestão de dor do doente submetido a cirurgia”.

Esta temática emergiu de um *brainstorming* inicial realizado com a equipa de enfermagem, que identificou a utilização de estratégias não farmacológicas na gestão de dor no pós-operatório, como a área que carecia de uma intervenção mais prioritária.

A dor aguda é um fenómeno comum no momento do pós-operatório e o desconforto resultante duma intervenção cirúrgica acarreta alterações quer fisiológicas quer emocionais. Quando não gerida eficazmente, conduzem a complicações, que implicam o aumento do tempo de internamento. Segundo a Direção geral de Saúde (DGS) a gestão eficaz de dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes (DGS, 2003).

Segundo a OE, compete ao EE em EMC, nomeadamente na área do PSC, cuidar de forma altamente qualificada da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica de forma a prevenir complicações, limitar incapacidades e com o foco na sua recuperação total (OE, 2018). Este deve ser capaz de mobilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas, para uma gestão da dor aguda e crónica eficaz (OE, 2018).

Assim, este relatório foi dividido em duas partes, na primeira foram descritas experiências vivenciadas durante os três EC: urgência, cuidados intensivos e cuidados pós cirúrgicos, que permitiram o desenvolvimento de competências comuns e específicas exigidas ao EE em PSC, tendo sido utilizada a reflexão crítica como estratégia de desenvolvimento. Na segunda parte será apresentado um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, implementado

em contexto de trabalho, evidenciando as competências de investigação desenvolvidas. Nesta parte será apresentado o estado da arte sobre a temática e a metodologia do trabalho: fundamentação do estudo, aspetos metodológicos: questões e objetivos de investigação, caracterização da população e amostra, descrição dos instrumentos de colheita de dados utilizados na recolha da informação, os procedimentos legais e éticos, a apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos.

Para a elaboração deste relatório foram respeitadas as regras do guia de elaboração de trabalhos escritos da ESSLei-IPL (2018) e o novo acordo ortográfico.

PARTE I – REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. ENQUADRAMENTO

De acordo com a legislação em vigor, a certificação das competências clínicas especializadas garante que o EE detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que deve ser capaz de mobilizar para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

A aquisição de competências é o culminar de uma formação teórica e, posteriormente, prática, que leva ao desenvolvimento pessoal e profissional, através da aquisição de novos conhecimentos, capacidades e atitudes. A prática clínica revela-se semelhante à vida profissional habitual, mas surge como constituinte importante para o processo de formação (Alarcão & Costa, 2014).

A realização dos EC em diferentes vertentes, urgência, cuidados intensivos e opção numa UCPC, como referido anteriormente, embora sendo em contextos diferentes, permitiram a aquisição de diversos conhecimentos e experiências, que impulsionaram o desenvolvimento de competências exigidas ao EE. Todos estes serviços têm a sua especificidade e primam pela sua peculiaridade no que concerne ao tipo de doentes que acolhem. É transversal a todos estes locais de estágio a prestação de cuidados ao doente em situação crítica permitindo, deste modo, o desenvolvimento das competências especializadas.

Segue-se, a descrição e caracterização de cada um dos serviços.

1.1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINOS CLÍNICOS

O Centro Hospitalar onde foram desenvolvidos os três contextos de EC é composto por três unidades. A sua missão, é a de prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, colaborando com outros serviços, quer de saúde quer sociais disponíveis na comunidade, a custos suportáveis, evidenciando a complementaridade entre as três Unidades Hospitalares. Este rege-se pelo princípio de acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com as regras de organização e as redes de cuidados de saúde.

Transversalmente em todos os locais de EC, a metodologia de trabalho utilizada era o método individual de trabalho. Este método de trabalho foca os cuidados de enfermagem nas necessidades dos doentes, evidenciando a personalização e individualização dos mesmos

através da atribuição limitada de doentes a cada enfermeiro (Ventura Silva et al., 2021). É da competência dos enfermeiros gestores a escolha e implementação do método de trabalho (Huber & M. Lindell, 2005). Segundo a OE (2001), a metodologia indica a maneira como os enfermeiros prestam e organizam os cuidados ao doente tornando-se, assim, um dos pontos essenciais na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

1.1.1. EC de Urgência

Nos tempos atuais, o Serviço de Urgência (SU) é, frequentemente, a primeira escolha no SNS por parte dos doentes, em caso de necessidade, que se confirma com o número de procura destes serviços diariamente. Por este motivo, é um local frequentemente associado a confusão e desorganização em que os profissionais de saúde prestam múltiplos cuidados, a diferentes doentes, num curto período de tempo e em *quick pacing*, e portanto, carece de uma organização e gestão adequada (Coimbra, 2021).

O SU onde se realizou o EC era classificada como Urgência Médico Cirúrgica (UMC), pois segundo o Ministério da Saúde (2014), disponibiliza especialidades como cirurgia geral, ortopedia, medicina interna, pediatria, neonatologia, ginecologia e obstetrícia, anestesia, serviço de imuno-hemoterapia, Bloco Operatório (BO) em funcionamento contínuo, imagiologia, patologia clínica (Ministério da Saúde, 2014).

O circuito do doente que recorresse a este SU iniciava-se com a realização da inscrição do episódio de urgência. O Despacho n.º (número) 10319/2014, de 11 de agosto menciona a obrigatoriedade dos SU terem implementado sistemas de triagem de prioridades (Ministério da Saúde, 2014). Ainda no mesmo Despacho, é referenciado que dado o motivo que leva o doente a recorrer ao SU e as queixas por si manifestadas ou previamente reportadas pelo cuidador aos elementos do pré-hospitalar, o atendimento deve ser realizado em função de critérios de gravidade estabelecidos pelo Protocolo de Triagem de Manchester. Poderá ser necessária a recolha de outras informações que facilitem a determinação da prioridade clínica, através dos discriminadores chave e disponíveis no fluxograma que é preenchido, com respostas a questões pré-definidas. Mediante a gravidade da situação, atendendo aos parâmetros definidos no sistema de triagem, é atribuído um nível de prioridade e, posteriormente, colocada uma pulseira com a cor correspondente ao grau de gravidade. Esta

situação decorre quer em situações normais, quer em situações de catástrofe (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

De acordo com o grau de gravidade, o doente era encaminhado para a área clínica correspondente e garantida a sua observação em local físico adequado dentro do tempo clínico aceitável pelo profissional mais apropriado (Ministério da Saúde, 2014). Poderia ser encaminhado, também, para a clínica geral ou para a Sala Aberta (SA) ao cuidado de uma das especialidades: ortopedia, cirurgia ou medicina interna.

Uma vez que o EC foi realizado durante o período da pandemia, os doentes com sintomatologia sugestiva de *Corona Virus Disease* (COVID-19) eram encaminhados à Área de Doenças Respiratórias (ADR), mas ficando associados a uma especialidade médica. A ADR tinha uma Sala de Emergência (SE) própria.

Além destas unidades, este SU estava ainda organizado em várias áreas funcionais: SE, área laranja, área amarela, área verde, Unidade de Observação de Medicina (UOM), Unidade de Observação de Cirurgia e Ortopedia (UOC).

O enfermeiro que estava responsável pela Triagem prestava, ainda, apoio sempre que possível ao enfermeiro responsável pelos doentes encaminhados para a clínica geral. Os doentes admitidos diretamente para a SE eram triados pelo enfermeiro da sala de triagem, na SE.

Geralmente, a primeira abordagem ao doente crítico era realizada na SE, porém, isto não era premissa obrigatória, pois o doente crítico pode ser encontrado em qualquer ambiente hospitalar e mesmo em ambiente não hospitalar. No entanto, era na SE que os cuidados à PSC eram mais expectáveis. Era neste ambiente, que os cuidados iniciais ao doente em situação crítica e/ou em falência orgânica e que necessitavam de cuidados diferenciados, emergentes e de breve duração deveriam ser prestados, pelas especificidades desta sala, em termos de equipas preparadas e treinadas, disponibilização de equipamento de emergência e material de monitorização avançada. Esta sala acolhia também doentes transferidos de outras unidades de saúde ou do exterior, pelos meios pré hospitalares (Ordem dos Médicos (OM), 2009).

De acordo com as recomendações técnicas para a SE, emitidas pela Administração Central dos Sistema de Saúde (ACSS), esta deve estar em espaço separado do restante SU, mas localizar-

se em espaço adjacente ao mesmo, perto da sala de triagem e com acesso fácil desde o posto de paragem das ambulâncias de emergência (ACSS, 2019), aspetos que eram verificados no SU onde se realizou o EC.

Ainda sobre a SE, esta estava preparada para acolher simultaneamente 2 doentes e tinha todo o tipo de material necessário para uma abordagem de qualidade e segurança ao doente crítico que a ela acesse. O alerta era transmitido através de um aviso sonoro que acautelava a equipa multidisciplinar da chegada de um doente a este espaço, pelo enfermeiro distribuído em cada turno para este fim, tal como recomendado pela ACSS (2019). Inicialmente a avaliação era executada por um médico de medicina interna e caso se verificasse a necessidade de colaboração de outras especialidades (cardiologia, cuidados intensivos, cirurgia, ortopedia), as mesmas eram ativadas por este. No caso de não existir a especialidade no Centro Hospitalar, o doente era devidamente encaminhado a outras unidades hospitalares, como aconteceu no decorrer do EC, em que os doentes com sintomatologia de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) foram encaminhados para outros hospitais. Os politraumatizados graves, na maioria das vezes eram, também, evacuados, através de helicóptero para hospitais centrais.

Na área laranja era possível alocar 6 doentes que deveriam ali permanecer, no máximo, até 10 minutos. Caso o doente necessitasse de ficar mais tempo no SU e nesta área, o médico teria que justificar o motivo da permanência ou razão clínica, que não permitisse a sua mobilização (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto). O protocolo do Centro Hospitalar neste domínio preconizava que a observação deste tipo de doentes fosse contínua, razão pela qual permaneciam monitorizados permanentemente. Em cada turno, a área laranja tinha um enfermeiro atribuído (rácio de 1 enfermeiro para 6 doentes).

Na área amarela existiam vinte vagas ao cuidado de 3 enfermeiros por turno. A UOM tinha doze espaços capazes de alocar doentes em maca, com possibilidade de estarem monitorizados. O referido protocolo, também referia que os doentes deviam permanecer naquela área o tempo indispensável devendo ser dado o encaminhamento adequado sempre que possível. A UOC, que se situava no sétimo piso, distante deste SU, permitia a acomodação de 9 doentes distribuídos por 2 enfermeiros.

Devido ao elevado número de doentes que recorriam ao SU da UMC era, por vezes, necessário alocar doentes em outros locais, designados de gabinete 5 com capacidade para 3 camas e a sala de gessos com capacidade para acomodar 4 doentes. Geralmente, na sala de gessos alocavam-se doentes provenientes da ADR, por exemplo, que tivessem resultado da pesquisa de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) negativa, mas que necessitassem de fazer Ventilação Não Invasiva (VNI).

Relativamente à equipa de enfermagem, esta era composta por noventa e três enfermeiros que estavam divididos por equipas que prestavam serviço na modalidade de *roulement* nos turnos de manhã, tarde e noite. O turno da manhã compreendia o período das 08h00 às 16h30, o turno da tarde das 16h00 às 24h00 e o turno da noite das 23h30 às 08h30. A distribuição era realizada pelo enfermeiro gestor e atualizada sempre que se justificasse ao longo do turno, pelo enfermeiro coordenador. A dotação de enfermeiros por turno era de doze no turno da noite, dezasseis no turno da manhã e dezasseis no turno da tarde. Em cada turno, o responsável por essa equipa era designado de enfermeiro coordenador de turno.

Diariamente, no horário compreendido das 10h00 às 22h00, era disponibilizado o atendimento aos familiares que solicitassem informações dos doentes que estivessem no SU através de um enfermeiro distribuído para fornecer informações no Gabinete de Informação à Família (GIF). Em 2008 a OE emitiu um documento onde esclarecia que o enfermeiro deve partilhar a informação relativa ao doente, apenas com os que são visados no plano terapêutico, respeitando a intimidade do doente e protegendo-o da intromissão na sua vida, bem como na da sua família (OE, 2008b).

O programa informático utilizado era o SClínico Hospitalar® desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Exclusivamente na triagem, o *software* utilizado adotava o mesmo nome, TRIAGEM®. De acordo com a Norma N.º 002/20018 da DGS, os SU do adulto deverão ter implementada a versão mais recente do sistema de Triagem de Manchester (DGS, 2018). Também eram utilizados os programas Intralab®, relacionado com o laboratório onde se podiam consultar os resultados analíticos exclusivos do doente.

O Centro Hospitalar tinha, ainda disponível, um programa de síntese diária exclusivo do serviço de urgência, designado de PICU®, onde se pretendia ter sempre atualizada a localização dos doentes e no caso de estarem a ingerir dieta, informava qual a dieta prescrita

a cada um deles. Era utilizado, também, pelo enfermeiro do GIF para localizar mais facilmente os doentes e poder obter informações através do enfermeiro que ficou responsável por eles.

1.1.2. EC de Cuidados Intensivos

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) foram criadas a partir da necessidade de atendimento do doente cujo estado crítico carecia de assistência e observação contínua quer médica quer de enfermagem. Já durante a guerra da Criméia, no século XIX, Florence Nightingale selecionava os indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato (Pinho, 2020). As primeiras UCI em Portugal surgiram no final da década de 50 e desde 2003 que há um progresso na transformação das UCI em SMI, com o intuito de possuírem uma área destinada ao doente crítico em termos humanos e matérias adequados (Paiva et al., 2016).

O SMI do Centro Hospitalar onde foi realizado o EC tinha como missão a prestação de cuidados de saúde especializados a doentes em situação de doença aguda potencialmente reversível e/ou com falência de uma ou mais funções vitais iminente ou estabelecida.

O circuito do doente que fosse internado neste serviço iniciava-se com a prévia avaliação e observação da equipa médica dos cuidados intensivos que validavam a necessidade de internamento nesta unidade. O doente poderia ser proveniente da SE, do BO ou até mesmo de outro serviço de internamento, e que pudesse ter agravado ou descompensado o seu estado clínico e, o doente podia ainda, ser proveniente de outro hospital. Existia um procedimento interno que descrevia as etapas para o internamento do doente no SMI, predefinindo as condições para esse internamento.

No momento em que ocorreu o EC, o serviço encontrava-se dividido em três unidades distribuídas em duas alas. A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) designada de UCIP 1, que era a unidade de cuidados intensivos, como é conhecida vulgarmente, e destinava-se a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, eventualmente em risco de vida e que necessitavam de duas ou mais formas de suporte orgânico. De acordo com o documento orientador da formação em medicina intensiva, a UCIP 1 do SMI correspondia a uma unidade de cuidados intensivos de nível III (OM, 2018). A UCIP 1 caracterizava-se por ser ampla, em *open space*, e tinha a capacidade de admitir 6 doentes. As características de cada espaço destinado a acolher o doente estavam descritas na Instrução de Trabalho – Preparação

da Unidade do Utente no SMI. Esta unidade contemplava, ainda, uma sala de médicos e um quarto de isolamento com pressão negativa, com capacidade para alocar um doente.

A UCIP 2 designada de cuidados intermédios admitia doentes que necessitavam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, que não requeressem suporte ventilatório invasivo. Por sua vez a UCIP 2 adequava-se a uma unidade de cuidados intensivos de nível III (OM, 2018). Por último, a UCIP 3 na ala oposta, destinada a doentes com teste positivo para o COVID-19, estava preparada para acolher 4 doentes.

Na ala onde se encontrava a UCIP 1 e UCIP 2, existia uma sala de espera, que também era utilizada para conferências familiares. Existiam, ainda, infraestruturas de apoio ao serviço como balneário, armazém avançado, sala de medicação, arrumos, sala de equipamentos, sala de sujus, de roupa e sala de equipamentos. Assim como, um gabinete do diretor de serviço, um gabinete médico, gabinete do enfermeiro chefe. A UCIP 2 com capacidade de, idealmente, três doentes, mas poderia ter mais uma cama, a ex-biblioteca transformada em sala de isolamento, também com pressão negativa e que tinha capacidade para duas camas. Os locais onde se inseriam as diferentes unidades resultaram da transformação e adaptação de espaços previstos para funcionar como enfermarias comuns.

O acesso às unidades, em ambas as alas, era realizado mediante a introdução de um código numérico para controlar o acesso de colaboradores no serviço. Ainda no exterior do serviço, existia o gabinete da assistente técnica, que era comum a todas as UCIP.

A maioria do EC foi realizado na UCIP 1 e alguns turnos na UCIP 3 motivo pela qual serão as mais mencionadas ao longo deste trabalho.

Existiam centrais de monitorização em locais estratégicos, de fácil visualização e de passagem frequente dos profissionais de saúde, que permitiam monitorizar continuamente os parâmetros vitais dos doentes da UCIP 1, UCIP 2 e dos quartos de isolamento, embora na UCIP 3 os doentes também estivessem monitorizados não existia conexão à central de monitorização, pelo facto da unidade estar em outra ala do serviço.

A equipa atual, que prestava serviço nas 3 unidades, era composta por cinquenta e um enfermeiros e vinte e quatro Assistentes Operacionais (AO). Estavam divididos por equipas e prestavam serviço na modalidade de *roulement* nos turnos de manhã, tarde e noite.

Relativamente à equipa de enfermagem, o turno da manhã compreendia o período das 08h00 às 16h30, o turno da tarde das 16h00 às 24h00 e o turno da noite, das 23h30 às 08h30.

A distribuição dos elementos nos turnos, habitualmente era de 8 Enfermeiros no turno da manhã, incluindo o enfermeiro gestor, e 4 AO. Nos turnos da tarde e noite estavam distribuídos 7 enfermeiros e 4 AO. Esta dotação podia ser ajustada consoante a necessidade do serviço, sobretudo dependendo do número de doentes internados com COVID-19 na UCIP 3. A dotação de enfermeiros por doente era de 1 enfermeiro para 2 doentes na unidade de cuidados intensivos e 1 enfermeiro para 3 doentes, na unidade de cuidados intermédios (OE, 2018).

O SMI contava com o apoio de técnicos de outros serviços como exemplo os serviços farmacêuticos. A farmácia do Centro Hospitalar era responsável por fornecer diariamente toda a medicação necessária através do sistema de unidose, sempre no início de cada turno da tarde, para as vinte e quatro horas seguintes. Todo o restante material consumível necessário à prestação de cuidados encontrava-se acondicionado em armazém avançado e era realizado um registo, após o débito, e repostado semanalmente pelo serviço de aprovisionamento. O SMI contava, ainda, com o apoio diário de um elemento da área de medicina física e reabilitação no turno da manhã. Tinha, também, o apoio de uma técnica de serviço social para avaliação de situações sociofamiliares que carecessem de intervenção. O apoio do serviço de alimentação e dietética, também estava disponível mediante sinalização da equipa, podendo dar apoio em situações específicas. Semanalmente, tinham o apoio da microbiologia.

O programa informático mais utilizado era o *PaTIENT.CARE*. da *BSimple*[®] desenvolvido por uma empresa de tecnologias de informação e consultoria na área da saúde. Também podiam ser utilizados os programas *Intralab*[®] relacionado com o laboratório onde se podia consultar os resultados analíticos exclusivos do doente e o *SCLínico*[®], desenvolvido pelos SPMS.

1.1.3. EC de Opção - UCPC

As UCPC são locais devidamente equipados do ponto de vista de recursos humanos, físicos e equipamento. Estes locais são onde o doente permanece em vigilância após o procedimento cirúrgico/anestésico (Vimlatia et al., 2009).

A gestão de serviço onde se desenvolveu o EC era da responsabilidade da enfermeira gestora do BO, no entanto existia ainda um enfermeiro responsável apenas pela UCPC. O serviço permitia cuidar de 4 doentes a quem eram prestados os cuidados pós-anestésicos. Este tinha como objetivos promover maior vigilância e monitorização dos doentes no pós-operatório imediato e reduzir as complicações cirúrgicas. O serviço era composto por um armazém de material, uma sala de sujos, um armazém avançado de medicação e outro de material clínico, uma copa, vestiários, um gabinete de apoio, o gabinete do enfermeiro coordenador e um médico.

A UCPC desenvolvia o seu trabalho articulando-se com outros serviços existentes na instituição, como sendo os exames especiais, medicina física e de reabilitação, laboratório e farmácia com as mesmas funções que desempenham no SMI, e já referido anteriormente.

A equipa da UCPC era composta por doze enfermeiros e 7 AO em sistema de *roulement* em três turnos (manhã (08h00 – 16h30), tarde (16h00 – 24h00) e noite (23h30 – 08h30)). A equipa médica estava presente vinte e quatro horas por dia, em regime de turnos e acumulavam funções como elemento da Equipa de Reanimação Intra-hospitalar (ERI). A distribuição dos elementos nos turnos, habitualmente era de 2 Enfermeiros por turno e 1 AO. A dotação de enfermeiros por doente era de 1:2. Os programas informáticos utilizados eram os mesmos descritos para o SMI.

2. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro para ser habilitado deve saber mobilizar recursos adequados, alicerçados com o conhecimento e o saber fazer. A obtenção de competências na prática de enfermagem carece da articulação das competências adquiridas na sua formação inicial bem como contínua. Este processo de aquisição é individualizado e está implicado com a forma como cada pessoa experiencia estes processos. Segundo a autora Patricia Benner, é a partir de uma base educacional e das vastas experiências profissionais que o enfermeiro desenvolve conhecimentos e habilidades na área clínica (Benner, 2001).

O objetivo deste capítulo é a realização de uma análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em PSC durante os EC. A profissão de enfermagem exige que os profissionais estejam constantemente em formação, atualizem conhecimentos de forma a promover uma melhoria dos cuidados prestados ao doente. As competências comuns são as que todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, devem desenvolver, enquanto as competências específicas são as que divergem para cada área de especialidade.

Em seguida será desenvolvida uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento destas competências, potenciando a prática reflexiva. Esta é uma fonte de aprendizagem na medida em que permite que o indivíduo apreenda o resultado da experiência vivenciada. A aprendizagem, a reflexão sobre e na ação, as experiências de vida são situações que se revelam numa atitude perante a formação (Ferreira, 2020).

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns exigidas ao EE são: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

2.1.1. Competências de responsabilidade profissional, ética e legal

O Regulamento de Competências do Enfermeiro emitido pela OE, enuncia que o EE desenvolva uma prática profissional com responsabilidade e de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico (OE, 2011). Estes enunciados devem estar patentes na prática diária.

A deontologia abrange um conjunto de regras e princípios associados ao dever e à obrigação, neste caso, dos enfermeiros perante a prestação de cuidados de saúde de qualidade às pessoas, famílias e comunidade (OE, 2015). Ao longo dos EC houve a preocupação e o cuidado em manter o respeito pelo doente, pelas suas crenças, vontades, pela sua individualidade, mesmo nas situações em que o doente não conseguia comunicar, no caso de estarem sedados. No EC de opção na UCPC, esta foi uma realidade frequente, que instigou o desenvolvimento desta competência através de adoção de práticas que visassem dignificar a privacidade e a intimidade do doente.

A hospitalização, sobretudo num ambiente despersonalizado, com profissionais a vivenciar quadros de sobrecarga e exaustão leva a que, durante os cuidados prestados, os doentes sintam alteração da privacidade da sua intimidade colocando em causa a perda de autonomia (Ourives, 2004). A maior dificuldade verificou-se no SU, muitas vezes o serviço encontrava-se em sobrelotação, o que dificultava a salvaguarda da privacidade durante a execução de procedimentos e intervenções, e da confidencialidade da informação clínica quando lhes era verbalizada. Muitas vezes houve a necessidade de alocar doentes em maca nos corredores ou entre unidades.

Durante a prestação de cuidados foi salvaguardada a privacidade dos doentes, através da utilização de biombos, cortinas e utilização de timbre de voz adaptada aos locais. A privacidade, por sua vez, estende-se para além da confidencialidade. Ela abrange o direito do doente controlar o acesso às suas informações pessoais e de saúde, bem como de tomar decisões sobre a partilha dessas informações com outros profissionais de saúde ou terceiros. A privacidade é um reflexo do respeito pela autonomia do doente e deve ser cuidadosamente mantida ao longo de todo o processo de atendimento (Faria & Cordeiro, 2014). A privacidade engloba, também, a confidencialidade dos dados clínicos e do acesso à informação do doente, que foi cumprida ao longo do EC quer na prestação de informação aos familiares ou cuidadores quer nos registos clínico (OE, 2011). Cada enfermeiro apenas consultava o diário clínico dos doentes que lhe estavam atribuídos, em cada turno. Durante o atendimento para prestação de informações, era realizado um registo identificativo de quem recebia informações e que informações tinham sido disponibilizadas.

A confidencialidade é a base da confiança mútua entre doentes e profissionais de saúde. Envolve a obrigação de manter em sigilo todas as informações pessoais e médicas que um doente partilha durante a prestação de cuidados. Esse compromisso com a confidencialidade não protege apenas a dignidade e a privacidade do doente, mas também permite que este se sinta à vontade para partilhar informações sensíveis, o que é essencial para um diagnóstico e tratamento precisos (Franjié, 2021).

Também a autodeterminação é fundamental na relação terapêutica, esta é caracterizada pela capacidade de o doente tomar decisões informadas e participar ativamente no seu próprio plano de cuidados. Isso inclui o direito de recusar tratamentos ou intervenções propostas. Os profissionais de saúde devem respeitar a autodeterminação do doente, fornecendo informações claras e compreensíveis para ajudá-lo a fazer escolhas informadas sobre a sua saúde (Galletta et al., 2022).

No entanto, no cumprimento destes pressupostos podem surgir dilemas ou problemas éticos que desafiam os profissionais de saúde na sua atuação. Os profissionais de saúde confrontam-se muitas vezes, com situações em que a confidencialidade do doente pode entrar em conflito com o dever de proteger terceiros ou o interesse público. Além disso, a busca pelo equilíbrio entre respeitar a decisão fundamentada do doente e garantir o melhor resultado possível de saúde pode ser desafiadora. Durante o EC realizado no SMI houve uma situação de uma jovem mãe cujo recém-nascido faleceu durante o parto. Esta situação desencadeou a curiosidade das pessoas consoante iam sabendo no exterior, bem como da comunicação social. Esta foi uma situação a ser gerida cautelosamente pela equipa multidisciplinar que foram ponderados na prestação de informações por via telefónica, criando um código alfanumérico chave para garantir que as informações eram apenas prestadas a familiares diretos e designados pelos pais da mesma. Pelo partilhado pela equipa, este tipo de situações, em que pessoas se fazem passar por familiares a fim de obter informações ocorre em diversas situações, maus tratos, violência doméstica, acidentes graves de viação ou de trabalho.

Os profissionais de saúde devem considerar não apenas os aspetos médicos, mas também os valores, preferências e circunstâncias individuais do doente. Isso implica um processo colaborativo, no qual as informações são partilhadas de maneira transparente e a decisão final é tomada em parceria (Silva Junior et al., 2017).

Assim, durante a prestação de cuidados dos EC, procurou-se desenvolver o estabelecimento de prioridades dando cumprimento ao Artigo 83.º do código deontológico da profissão, articulando com outros profissionais de saúde o atendimento, em tempo útil, dos doentes, promovendo a melhoria do prognóstico.

No documento emitido pelo Ministério da Saúde relativo à estrutura dos SU, é reforçada a importância do respeito pela privacidade, conforto, comunicação e informação individualizada (Ministério da Saúde, 2014). Neste documento é ainda sugerida a possibilidade de o doente ser acompanhado por alguém enumerado por si. Dada a situação pandémica que se vivenciou ao longo dos EC, tal não foi possível, mas em situações de fim de vida a equipa facilitou a permanência de familiares.

Um aspeto que se considera fundamental de referência neste relatório é relativo ao consentimento informado. A norma n.º 015/2013 emitida pela DGS refere algumas situações em que é obrigatório a obtenção de consentimento, por escrito, em determinadas intervenções (DGS, 2013). No EC do SMI foi vivenciada uma situação com um doente com diagnóstico de morte cerebral, passível de ser doador de órgãos. Atualmente, a lista de espera de doentes a aguardar transplante é longa, no entanto, e de acordo com a nota de imprensa do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), em 2021 a doação de órgãos de doador falecido e a transplantação aumentaram (IPST, 2022). No caso vivenciado no EC, a situação foi agilizada entre o médico intensivista e a família do doente, apesar de a lei n.º 12/93, de 22 de abril, não exigir consentimento da família para a colheita de órgãos, tratando-se de doentes adultos, foi perceptível a preocupação e envolvimento dos familiares no processo. Todos os cidadãos não registados no Registo Nacional de Não Dadores são potenciais doadores de órgãos (Assembleia da República, 1993).

Do ponto de vista ético emergem questões fundamentais. A autonomia e o consentimento informado ganham destaque, pois é vital garantir que os desejos do doente ou da sua família sejam respeitados de forma informada e esclarecida. A justiça e equidade na seleção dos doentes para receberem os transplantes também deve ser considerado, assim como a gravidade da doença e a igualdade de oportunidades (Jólluskin & Toldy, 2011).

Valores como solidariedade e altruísmo entrelaçam-se com a doação de órgãos. Além disso, a decisão de agilizar a situação entre o médico intensivista e a família do doente falecido reflete

a importância do respeito pela vida e da procura pelo bem-estar de outros doentes em lista de espera. De salientar que o médico que colhe órgãos nunca é o mesmo que os transplanta, sendo um processo “cego” para ambos.

Este cenário complexo oferece oportunidades para o desenvolvimento de competências essenciais para os enfermeiros. A habilidade de tomar decisões éticas sensíveis, promover a comunicação empática com a família do doente e aplicar conhecimentos sólidos sobre regulamentações legais, são aspetos cruciais da e na prática de enfermagem. A reflexão constante sobre os princípios éticos, valores e aspetos legais é uma caminhada contínua para aprimorar a atuação profissional e oferecer o melhor cuidado possível aos doentes e às suas famílias/cuidadores.

As situações mais complexas vivenciadas derivaram da abordagem de familiares para com a equipa de enfermagem quando procuravam obter informações sobre o estado de saúde dos seus familiares.

2.1.2. Competências de domínio da melhoria da Qualidade

No Regulamento de Competências do EE, emitido pela OE, um dos critérios de competência propostos é que o EE forneça a fundamentação para os cuidados de Enfermagem prestados (OE, 2019).

Em todos os locais de EC existiam instruções de trabalho e protocolos referentes a várias técnicas e procedimentos específicos para cada serviço. Estas encontravam-se disponíveis na intranet do Centro Hospitalar e, sempre que possível, foi tomado conhecimento no início de cada EC. A utilização de protocolos não interferia com a tomada de decisão enquanto enfermeira, mas facilitou a minimização de erros, a uniformização de procedimentos pela equipa e melhorou a qualidade dos cuidados prestados.

A aplicação informática utilizada para a elaboração do processo de enfermagem, no EC no SU é considerado como uma estratégia de qualidade, pois através dele é possível que todos os profissionais de saúde possam aceder e cruzar a informação necessária para tomadas de decisão mais centradas nas necessidades do doente. No SMI e UCPC o sistema informático era diferente (BSimple®) sendo que, nos serviços onde era usado o SClínico, era possível consultar

a informação descrita nestes programas acedendo ao serviço referente (BO ou SMI), migrando automaticamente.

A DGS, sendo um órgão central do Ministério da Saúde, tem a competência de delinear normas e procedimentos que visem a prestação de cuidados de saúde, em qualquer setor, público ou privado. Assim, desde 2009 que existe o Departamento da Qualidade na Saúde de onde se extrai o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (DGS, 2022) e que tem a missão de promover e difundir uma melhoria contínua da qualidade nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. O Despacho que aprova o PNSD 2021-2026 salienta que, no SNS, se deve dar especial relevância à qualidade e segurança na saúde e que os cuidados de saúde devem ser pautados por estes princípios (Diário da República, 2021). Este plano assume especial relevância no cumprimento de boas práticas de segurança, sendo que cada unidade de saúde deve promover a sua implementação e garantir o acompanhamento das ações aplicadas (Seguro, 2021). O PNSD enuncia 5 pilares, a cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, práticas seguras em ambientes seguros (Diário da República, 2021). Durante a prestação de cuidados de saúde, a ocorrência de incidentes de segurança é uma realidade. Alguns erros são evitáveis, no entanto a implementação de políticas e estratégias permitem a redução destes incidentes, que constitui, a nível mundial, ganhos em saúde.

Por exemplo, o surgimento de Úlceras por Pressão (UP) está diretamente relacionado com a qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente com técnicas de alívio de pressão, posicionamentos regulares, higiene e qualidade do aporte nutricional e monitorização da pele do doente. No SMI e na UCPC a avaliação do risco de úlcera de pressão, era realizado de 2 em 2 dias, através da Escala de Braden, sempre à mesma hora, a todos os doentes do serviço. No EC de urgência esta prática não era implementada, o registo era apenas efetuado em notas gerais não sendo levantado o foco nem as respetivas intervenções associadas. Num manual elaborado pelas entidades *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)* e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA)*, recomenda-se a avaliação do risco de desenvolvimento de UP em doentes, até 8 horas da admissão e sempre que necessário, quando se verificarem alterações na condição de saúde do doente (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

Por ser um problema cada vez mais comum em ambiente hospitalar à semelhança das UP, as quedas são um foco importante a ser valorizado pelos enfermeiros. A ocorrência de quedas com sequelas no internamento são um fator de aumento de custos de saúde também associado ao aumento do tempo de internamento. Para (Morse, 2009), nas instituições hospitalares, as quedas podem resultar em danos graves comprometendo o estado de saúde do doente, causando consequências secundárias, ou até mesmo, em situações mais graves ou me que surjam complicações, levar à morte. É da responsabilidade das instituições e dos profissionais de saúde, a promoção e a prevenção das mesmas, salvaguardando a segurança do doente. Uma vez mais apenas no SMI e na UCPC era efetuada a monitorização do risco de queda, embora o foco e as intervenções fossem levantadas no plano de cuidados, a sua avaliação era realizada na admissão, e sempre que havia alterações que justificassem a alteração do risco (alteração do estado clínico, após o momento de ocorrência de queda e no momento da alta ou transferência de serviço) (DGS, 2019).

A este propósito, é importante referenciar que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada, utilizando a técnica ISBAR. Esta técnica aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolvam a transição dos mesmos. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função) (DGS, 2017).

A comunicação é, também, um fator importante relacionado com a qualidade e segurança do doente, nomeadamente nas passagens de turno, transferências de serviços e no momento da alta. Uma falha no processo de comunicação pode induzir o aparecimento de eventos adversos na adequada continuidade dos cuidados, na implementação de tratamentos dirigidos, comprometendo a segurança do doente (Cavaco & Pontífice-Sousa, 2014). Por forma a colmatar estas falhas, várias são as estratégias de comunicação que permitem a sua uniformização entre profissionais de saúde. A técnica ISBAR, recomendada pela DGS, é uma forma de comunicação eficaz, que permite a transmissão de informação entre profissionais de saúde, e que é cada vez mais utilizada por estes. A mnemónica ISBAR, consiste que a transmissão de informação relativa ao doente, seja baseada na identificação (I) (do emissor e

do recetor, do doente), a (S) situação atual, (B) antecedentes, (A)avaliação (que contenha informação sobre o estado do doente, medicação, estratégias de tratamento e alterações relevantes do estado de saúde), (R) recomendações (DGS, 2017). Esta era uma metodologia aplicada pelas equipas de enfermagem em todos os EC, e que permitiu o treino desta metodologia bem como perceber as implicações desta prática na prestação de cuidados.

2.1.3. Competências de domínio da Gestão de Cuidados

A OE (2011) enuncia que os EE, independentemente da sua área de especialidade, devem ser munidos de capacidade de gestão e supervisão de recursos e dos cuidados, em articulação com os elementos enquanto equipa multidisciplinar.

Dada a dimensão das equipas EC no SUMC e no SMI, os enfermeiros orientadores acumulavam funções de enfermeiros coordenadores. As suas funções eram colaborar com o enfermeiro gestor na organização e gestão dos respetivos serviços. Faziam, também, o controlo do registo e contagem de estupefacientes, psicotrópicos e benzodiazepinas existentes no serviço e valências adjacentes, no caso do SU (UOM, UOC, ADR), geriam a restante equipa de enfermagem e AO de modo a conseguir o apoio dos elementos distribuídos nas diversas áreas, sempre que necessário. Geriam, ainda, o material, fármacos e avarias dos equipamentos, sempre que necessário e zelavam pelo cumprimento das normas do serviço. No SU, no final de cada turno, este enviava o impresso de síntese diária ao enfermeiro gestor, que por sua vez enviava à enfermeira diretora e, finalmente, ao diretor do serviço. O enfermeiro gestor era, também, responsável por transmitir ao enfermeiro que iniciava o turno seguinte todas as informações relativas à gestão do serviço a que deviam dar continuidade e que deveriam deter para as suas tomadas de decisão durante o turno.

Os enfermeiros gestores dos serviços onde foram desenvolvidos os EC eram, ainda, responsáveis pela elaboração do horário do serviço, que incluía a equipa de enfermeiros e de AO. Houve a possibilidade de os acompanhar num turno para perceber a dinâmica que envolvia gerir equipas grandes, articulando situações condicionais de alguns elementos, como sendo horário de aleitamento, estatutos, entre outros e que carecem de uma gestão e adaptação atenta dos turnos estipulados.

Atualmente a OE possibilita a aquisição da competência acrescida avançada em gestão onde menciona que o enfermeiro gestor é aquele que tem um conhecimento e um pensamento

devidamente estruturado em vários domínios, como sendo da disciplina, da profissão de enfermagem e da gestão (OE, 2019b). Este tem uma visão geral da organização que integra, reconhecendo a sua estrutura e ambiente organizacional no geral e dos fatores que envolvem as atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação. É o principal responsável pelo interesse pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa e da promoção do desenvolvimento profissional da mesma (Diário da República, 2018b). Ainda a OE, através do Regulamento n.º 101/2015, indica que as competências do enfermeiro gestor, entre outras situações, é a de gerir os serviços ou unidades e os recursos humanos, que engloba a promoção e o desenvolvimento da coesão, do espírito de equipa e do bom ambiente de trabalho, passando pela gestão de conflitos (OE, 2015b).

A gestão é uma tarefa que exige organização, capacidade de controlo e resiliência para poder lidar com diferentes maneiras de pensar e trabalhar dadas as dimensões das equipas. A excelente relação entre os vários elementos das equipas multidisciplinares onde se realizaram os EC, permitiu a concretização deste objetivo. O trabalho de equipa colaborativo foi fundamental no sucesso dos cuidados prestados ao doente crítico e à sua família, daí que, uma boa gestão, das relações de equipa, seja fulcral. Foi importante enquanto futura EE poder presenciar a gestão de equipas mais pequenas, na UCPC, e de maiores dimensões, no SU e no SMI.

Relativamente à dotação enfermeiro/doente, a norma emitida pela OE sobre o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, é sugerido que o posto de triagem de um serviço com urgência de adultos seja assegurado por EE, de preferência, especialista em EMC na área da PSC além de ter de deter formação específica sobre o sistema de triagem de prioridades (OE, 2019). Nem sempre no SUMC esta premissa era cumprida, todos os enfermeiros alocados ao posto de triagem possuíam formação sobre o sistema de triagem mas nem sempre eram os EE a desempenhar essas funções, devido à falta de elementos com especialização.

Importa salientar que no SMI era utilizada a escala *Nursing Activities Score* (NAS) para estabelecer o cálculo da dotação segura enfermeiro que se traduz no número de horas necessárias a dispensar por cada doente. A escala dispõe de vinte e três intervenções terapêuticas subdivididas nas categorias de atividades básicas, suportes ventilatório,

cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas. A cada item mencionado é conferida uma pontuação traduzida em score que reflete o tempo necessário à prestação de cuidados a cada doente calculado nas últimas vinte e quatro horas (Santos Nobre, *et al.*, 2019). A utilização de instrumentos de apoio à gestão, são considerados vantajosos para que o enfermeiro gestor possa adequar e fundamentar as suas tomadas de decisão.

2.1.4. Competências de domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A capacidade de autoconhecimento do enfermeiro desencadeia o desenvolvimento das aprendizagens profissionais aliado à aprendizagem da teoria e da prática, tornando importante o desenvolvimento de competências específicas capaz de o habilitar a intervir em contextos, igualmente, específicos. Os EC são importantes neste sentido, uma vez que fomentam a aquisição e o aperfeiçoamento dos cuidados à PSC (Costa, 2014).

Inicialmente, o EC em contexto de urgência, que era uma área de interesse pessoal, permitiu desenvolver competências de organização. Os SU pelas suas especificidades são verdadeiros desafios aos profissionais de saúde. Neste contexto a adaptação a estas especificidades exigiram uma gestão emocional pessoal, de forma a garantir a qualidade, o rigor e a eficiência dos cuidados prestados.

Para a gestão de emoções foi necessário desenvolver pesquisa bibliográfica, treinar estratégias de autogestão emocional como a respiração abdominal, para controlo de situações mais stressantes. Houve necessidade de consultar a matéria lecionada nas aulas teóricas, fazer pesquisas e beneficiar da disponibilidade por parte dos enfermeiros das equipas, para o esclarecimento de dúvidas e debates de ideias. No SMI, uma das situações mais complexas foi cuidar de um doente com a necessidade de fazer Técnicas de Substituição Renal (TSR). Houve a necessidade de realizar pesquisas, consultar manuais e instruções relativas ao manuseamento dos equipamentos. Como alguns elementos da equipa trabalhavam na área de hemodiálise em regime *part-time*, foi gratificante a partilha de conhecimentos e experiência pelos profissionais. Também no SMI houve a possibilidade de realizar um Eletroencefalograma (EEG) que apesar de ser gerido pela equipa médica era colocado pela equipa de enfermagem. Este tipo de exame que permite avaliar a atividade cerebral para despiste de diversas patologias, como epilepsia, tumores cerebrais, distúrbios

do sono, entre outros. Por ser uma prática recente no serviço, não tinha existido ainda formação em serviço direcionada à utilização do equipamento, por esse motivo foi desenvolvido um cartaz com a definição do que é um EEG, indicação e descrição dos cuidados de enfermagem no manuseamento do material (Apêndice I) que foi afixado no serviço, permitindo dar um contributo para a formação dos profissionais.

Ainda no processo de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, salienta-se o processo de integração nos serviços. Este é um aspeto muito importante capaz de atenuar ou agravar as dificuldades sentidas nos processos de aprendizagem. O processo de integração facilitou não somente o conhecimento da estrutura física e organizacional, normas e rotinas do serviço, as diferentes atividades desenvolvidas nos diferentes turnos, mas também o relacionamento com os profissionais e com os outros serviços da instituição. Estabeleceu-se uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, promovendo assim um bom relacionamento interpessoal. Todos eles foram uma mais-valia no crescimento profissional enquanto pessoa e futura EE.

No que concerne à formação, paralelamente com a turma do mestrado, e no âmbito do curso, foram organizadas as jornadas de enfermagem (Anexo I), oportunidade que permitiu a aquisição de conhecimentos, sobre a organização de um evento científico, o desenvolvimento de competências transversais de organização, e operacionalização de eventos científicos.

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

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, define o EE como sendo “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ministério da Saúde, 1996).

A OE publicou através do Regulamento das Competências Específicas do EE em Enfermagem em PSC, que a PSC é aquela que as suas funções vitais se encontram em falência e a sua sobrevivência depende de meios avançados vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018). Em seguida irão ser analisados reflexivamente as três competências específicas do EE

que são: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamiza a resposta 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”.

2.2.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica

Um dos objetivos de aprendizagem propostos a alcançar no EC de urgência, foi o de cuidar do doente com dor torácica com o intuito de adquirir competências na prestação de cuidados deste tipo de doentes críticos. A razão pelo interesse destes doentes em particular, deve-se à experiência prévia da autora como bombeira e ser uma patologia que desencadeava a ativação de várias ocorrências em contexto pré-hospitalar.

Na europa, a taxa de mortalidade por Síndromes Coronárias Agudas (SCA) é elevada daí que, a prevenção bem como o reconhecimento atempado seja o melhor resultado para a diminuição do número e vítimas. O SCA inclui as patologias associadas ao EAM e à angina de peito (Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), 2020). No SU houveram várias situações que permitiram prestar cuidados ao doente com dor pré cordial. As patologias do foro cardiovascular, atualmente constituem uma preocupação importante em termos de saúde da sociedade atual. Este tipo de doenças têm um forte índice de morbilidade e mortalidade, no mundo e sobretudo em Portugal, onde se tem verificado constantes atualizações sobre a abordagem do doente com esta patologia (ACSS, 2012). O aumento da prevalência de doenças cardiovasculares está relacionado com fatores de risco modificáveis, como sendo o tabagismo, *stress* psicossocial acrescido, ingestão de bebidas alcoólicas, alimentação deficiente e que levam à origem de fatores causadores da doença, dislipidémia, hipertensão arterial, obesidade (DGS, 2003).

A temática da dor, nomeadamente a pré-cordial, é uma emergência médica, e o tempo que decorre desde o início dos sintomas até ao início do tratamento adequado pode ser determinante. As *guidelines* da *American College of Cardiology Foundation/American Heart Association* (ACCF/AHA) preconizam que este tempo não seja superior a noventa minutos,

contudo a articulação de serviços adequados a nível hospitalar, nem sempre possibilitam o cumprimento deste *timing*.

O Regulamento das Competências Específicas do EE em EMC Enfermagem à PSC, refere que o enfermeiro faz a gestão discriminativa da dor, do bem estar do doente e garante o controlo de medidas estratégias farmacológicas (Diário da República, 2018a).

O principal tratamento nestes doentes é a reperusão imediata através de angioplastia primária ou de terapêutica fibrinolítica (Agewall et al., 2017). No SU, os doentes com sintomatologia sugestiva de doença coronária, eram imediatamente admitidos na SE. Posteriormente, e depois de estabilizados, muitas vezes com a colaboração da equipa médica do SMI, eram encaminhados para outros hospitais dotados de uma unidade de hemodinâmica, acompanhados por um enfermeiro e um médico. Um dos motivos que permitia a transferência de doentes entre unidades hospitalares, através de transporte secundário, era a inexistência de recursos, fossem estes humanos ou técnicos, que permitissem cuidar eficazmente ou dar continuidade ao tratamento iniciado no hospital de origem (OE & SPCI, 2008). De acordo com o publicado na página da internet da Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular, em Portugal, atualmente existem dezanove hospitais, incluindo continente e ilhas, capazes de dar resposta a este tipo de situações. No decorrer do EC, houve a possibilidade de se aprofundarem conhecimentos e técnicas decorrentes da necessidade de uma monitorização hemodinâmica invasiva dos doentes, como a colocação de Linhas Arteriais (LA), bem como da administração de terapêutica de suporte inotrópico. No início do EC houve a necessidade de consultar os protocolos existentes no serviço, no entanto não existia nenhum específico para esta área, apenas o Protocolo da Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC). Foram várias as situações de doentes com necessidade de serem encaminhados para unidades de hemodinâmica, no entanto, não houve oportunidade de acompanhar nenhum doente por questões do *timing* em que ocorriam as situações ou pelo fato de a dotação da viatura que transportava o doente estar ultrapassada, sendo uma questão de segurança e burocrática.

No estágio de SMI, um dos objetivos de aprendizagem proposto a ser alcançado foi o de prestar cuidados especializados ao doente com prótese ventilatória e com monitorização hemodinâmica. Esta é a imagem mais comum dos SMI e que, anteriormente, não tinha

existido contacto prévio como profissional nem como estudante. O suporte ventilatório mecânico é um dos procedimentos mais comuns na terapia intensiva, promovendo a oxigenação e/ou ventilação dos doentes com patologia respiratória aguda, de forma artificial, até retomarem a capacidade de o fazerem espontaneamente. Esta técnica deve ser aplicada o mais precocemente possível e depois de se verificar que a Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), é infrutífera (Lisboa et al., 2012).

Uma outra situação específica no que diz respeito ao cuidado e gestão do doente em situação crítica são as Paragens Cardiorrespiratórias (PCR). O *European Resuscitation Council* (ERC) emitiu diretrizes a nível europeu, para a prevenção e tratamento dessas situações. Esta entidade recomenda que a nível hospitalar sejam criados sistemas de emergência capazes de identificar atempadamente situações de instabilidade no doente crítico, prevenindo complicações que podem desencadear uma PCR (Perkins et al., 2021). A deteção e intervenção atempadas e adequadas de situações de instabilidade, diminui as taxas de mortalidade e morbidade. Como tal, a adoção de estratégias institucionais direcionados neste sentido, é de valorizar. Em 2010, a DGS recomendou, através da Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22 de junho de 2010, a criação e implementação das equipas de Emergência Médica Intra-Hospitalares (EEMI) nos hospitais do SNS. No SMI e na UCPC existia uma equipa, constituída por um médico e enfermeiro, capazes de dar resposta ao doente crítico, em situações súbitas sejam de PCR eminente ou outras situações de deterioração fisiológica aguda (Ministério da Saúde, 2018). Uma das situações presenciada foi um doente com bradicardia, e que foi administrada medicação específica direcionada e o doente estabilizou. A ERI foi ativada depois de esgotadas todas as hipóteses de gestão no internamento, junto do médico assistente. Esta situação permitiu a reflexão de outras situações que ocorrem durante os internamentos e que muitas vezes são descuradas por fatores inerentes ao doente, por exemplo as comorbilidades, que acabam por trazer complicações irreversíveis. A rápida observação, avaliação e intervenção pode-se manifestar preventiva destas situações. Atualmente, pretende-se que haja uma prestação de cuidados direcionados para a prevenção, evitando eventos de PCR e morte (Gräsner et al., 2021).

Decorrente destas situações propostas a serem alcançadas ao longo dos EC, respetivamente, foram surgindo, ainda outras situações desafiantes enquanto futura EE e que foram

enriquecedoras do percurso profissional, dado que a experiência em meio hospitalar era reduzida, a acrescer que as experiências prévias, diferiam totalmente dos ambientes dos EC.

Sabe-se que a pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou em falência orgânica, carece de intervenções específicas e adequadas, potenciando a sua recuperação. Como profissional de saúde integrada numa equipa multidisciplinar, foi possível perceber que a atuação de forma responsável e a tomada de decisão, promovem a qualidade dos cuidados. A taxa de mortalidade em doentes com vítimas de PCR é alta, tornando-se importante a identificação de doentes de risco e a adoção de medidas que levem à prevenção em tempo útil (Marques, 2021). Uma das situações vivenciadas, decorreu no EC realizado na UCPC em que, embora seja uma ocorrência rara, um doente descompensou subitamente tendo havido a necessidade de ser transferido para o SMI.

Assim, na abordagem à PSC, é importante reconhecer e identificar as situações que, antecipadamente, podem levar à detioração do estado de saúde do doente, reconhecendo-se a importância das ERI em ambiente hospitalar. Neste sentido, uma das dificuldades iniciais vivenciadas foi a diluição da terapêutica endovenosa. A experiência no internamento permitia a administração de fármacos de uma determinada forma, sendo que na urgência é realizada de maneira diferente estando, igualmente, correto, por exemplo a diluição (20ml (mililitros)) de amiodorona, contrariamente aos 100ml utilizados no serviço de origem a um ritmo de perfusão lento. Esta situação, inicialmente, causou alguma insegurança que permitiu uma reflexão e partilha de ideias e conhecimentos com a equipa de enfermagem. Até ao momento de administração de medicação por parte do enfermeiro, houveram outros profissionais de saúde envolvidos, desde o médico que o prescreve, o farmacêutico que prepara e disponibiliza o medicamento. Muitas vezes o erro é detetado depois da administração quando nos deparamos com efeitos adversos que se manifestam no doente. A diluição é um procedimento cauteloso que se deve basear em princípios rigorosos por forma a obter efeitos terapêuticos desejados (Seguro, 2021). Para o mesmo autor, a enfermeiro deve conhecer os princípios intrínsecos à administração, que envolvem o conhecer o doente a quem se administra o medicamento, a patologia, o seu estado atual e suas as manifestações clínicas.

Após reflexão dos três EC, foi no SMI que a aquisição de conhecimentos, competências, experiências e técnicas foi mais diversificada. Os cuidados direcionados a doentes com

alteração do estado de consciência e a sua recuperação, à implementação de TSR em doentes com Lesão Renal Aguda (LRA) e com necessidade de realização de diálise.

A LRA é uma patologia que afeta a taxa de filtração glomerular, de início súbito, comumente em quarenta e oito horas, frequente em doentes internados no SMI. A sua incidência continua a aumentar e, se não for previamente identificada, desencadeia lesões celulares graves e sintomas clínicos (Armstrong & Bircher, 2005). A hemodiálise é uma das opções terapêuticas para a substituição renal. Para iniciar um tratamento de TSR, é necessário um acesso vascular (veias centrais, jugulares ou subclávias) e, portanto, a criação de uma via de acesso apropriada para a circulação sanguínea durante as sessões de hemodiálise.

O acesso vascular é essencial para permitir que o sangue seja retirado do corpo, passando por um filtro (dialisador) que remove produtos residuais e excesso de fluidos, antes de ser devolvido ao organismo. As veias centrais, jugulares ou subclávias são os acessos vasculares frequentemente escolhidas devido ao seu calibre maior e capacidade de suportar o fluxo sanguíneo necessário para a hemodiálise (Chopra, 2022).

A inserção de um acesso vascular envolve um procedimento cirúrgico ou técnica especializada, dependendo da opção escolhida. É importante que o acesso vascular seja mantido em boas condições para garantir tratamentos de hemodiálise eficazes e minimizar complicações, como infeções ou estenoses. A escolha do tipo de acesso vascular a ser utilizado é baseada em considerações médicas, estado de saúde do doente e fatores anatómicos. Uma vez estabelecido o acesso vascular adequado, os doentes podem dar início ao tratamento de hemodiálise, que desempenha um papel crucial na remoção de toxinas e no equilíbrio de eletrólitos no corpo, proporcionando melhor qualidade de vida para aqueles com insuficiência renal crónica.

Os doentes no SMI possuíam uma LA e um Cateter Venoso Central (CVC) colocados na admissão ao serviço. À colocação de um CVC está inerente o risco de infeção daí que importa realçar que a *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association* (EDTNA/ERCA) sugere que os CVC colocados nas artérias femorais sejam substituídos a cada 7 dias, e os colocados nas jugulares podem permanecer entre duas a três semanas (Walther, Podoll, & Finkel, 2012). Dos doentes que foram submetidos a TSR não ultrapassaram esses dias de internamento. De acordo com a instrução técnica do Centro

Hospitalar, as indicações absolutas para a realização de TSR são a acidose grave, a hipercaliemia grave refratária, intoxicação por fármaco dialisável e em caso de edema agudo do pulmão resistente à terapêutica diurética. Também situações de urémia > 700-800 mg/dL (miligramas por decilitro) na ausência de recuperação renal e em casos de sobrecarga de volume, são indicações relativas para TSR.

Ainda relativamente a esta competência, que prevê que o EE em EMC na vertente da PSC cuide da pessoa e família, há que salientar que a família é muitas vezes a mais afetada pelo internamento de um familiar, nomeadamente no SMI, por haver uma conotação excessiva de gravidade associada aos doentes que aqui ficam internados. O papel do enfermeiro foi fundamental para esclarecer dúvidas e dissipar receios que os familiares pudessem ter relativamente ao ambiente do serviço. Além disso, os enfermeiros acolheram sempre o familiar antes da visita, situação comum nos três EC, e procuravam preparar o visitante para o ambiente envolvente do doente.

Um das situações marcantes no SMI, foi o de uma de uma jovem que tinha sido submetida a cesariana da qual resultaram complicações. Além da perda do bebé, desencadeou um hemoperitoneu, com grande perda sanguínea, motivo pelo qual ficou internada neste serviço. Salienta-se, desta experiência, a marcante observação dos cuidados especializados realizados a esta doente, durante os cuidados de higiene, em que o enfermeiro distribuído penteou os cabelos da doente e fez uma trança. Este cuidado, demonstrou a forma empática, carinhosa e respeitadora para com aquela doente que apesar de inconsciente e possivelmente não ter perceção daquele cuidado, os familiares iriam ter.

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

São várias as unidades de competência do EE em EMC na vertente da PSC relativamente a esta competência. Desde o cuidar da pessoa em situação de emergência, exceção e catástrofe, ao planeamento e à gestão de situações de catástrofe, bem como assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem nas práticas de crise, salvaguardando os indícios (OE, 2018). A baixa frequência em que estas situações ocorrem não foi possível vivenciar situações na prática clínica nesta área. No entanto é importante que o EE conheça, colabore na elaboração, revisão

e avaliação do plano de emergência e catástrofe da instituição. Neste sentido foi consultado o plano de emergência interno e externo.

O Centro Hospitalar dispõe de uma comissão de catástrofe e emergência e no regulamento interno, disponibiliza informação de cada unidade, sobre como intervir em situação de catástrofe. A disponibilização desta informação considerou-se muito importante, no entanto é também segundo a literatura importante que sejam realizados simulacros para treino dos profissionais, de forma a melhorar as performances em situações reais.

Este ponto é uma das competências enunciadas no Regulamento de Competências do EE pelo que foi realizada a consulta do plano de emergência interno, do plano de prevenção e do plano de emergência do heliporto, disponíveis na Intranet do Centro Hospitalar das unidades onde foram realizados os EC.

Durante o EC houve a oportunidade de assistir ao processo de evacuação de um doente do SMI para um hospital central por helitransporte. Estas situações eram frequentes o que implicava um adequado planeamento de intervenções por parte de toda a equipa embora a decisão de transportar um doente crítico seja uma decisão médica. O transporte entende-se como sendo uma continuidade dos cuidados do hospital de origem, pelo que é competência, também de enfermagem, o planeamento do mesmo. Posteriormente, na fase de efetivação, a responsabilidade passa a ser da equipa de transporte (OM e SPCI, 2008). O processo de transferência do doente do internamento até ao helicóptero é minucioso, envolve toda a equipa multidisciplinar e carece de cuidados redobrados visto que se circula a uma pressão diferente da terrestre.

Relativamente à preservação de provas, não ocorreram situações relacionadas com este tema, nem outras associadas a crimes, mas a pesquisa e a partilha de experiências dos enfermeiros do serviço de SU permitiu uma consciencialização pela importância com os detalhes, que podem significar o comprometimento de todo um processo de responsabilização criminal.

2.2.3. Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um problema atual e constante dos serviços de saúde assumindo cada vez mais relevância uma vez que, além de serem um problema de saúde, pode acarretar custos elevados associados a uma elevada morbimortalidade (Pina et al., 2010).

O PNSD 2021-2026 prevê nos seus objetivos a prevenção e controlo de infeções e as resistências aos antimicrobianos (Diário da República, 2021). Antecipadamente foi realizado o reconhecimento sobre as medidas de controlo de infeção dos diferentes locais de EE, através da consulta de instruções técnicas disponibilizadas na intranet do Centro Hospitalar. Com a utilização de precauções básicas para controlo da infeção e o cumprimento do programa de higienização e desinfeção assumidas pelos profissionais de saúde, foi possível promover estratégias para a prevenção e controlo de infeção, fosse pela lavagem de mãos, uso de luvas, entre outros.

A monitorização da pressão arterial invasiva, através de cateterismo arterial permite a avaliação contínua da pressão sistólica, diastólica e média bem como avaliação da onda de pressão. No SMI e na UCPC, onde os doentes estavam monitorizados hemodinamicamente através de LA, era necessário um cuidado acrescido no manuseamento destes acessos. Apesar de este ser um procedimento médico, a prevenção de complicações e, conseqüentemente, infeções associadas, é da responsabilidade de todos (Ruszala et al., 2014). Mesmo em situações de emergência, quando o doente pela iminência do risco de vida necessita de ser submetido a procedimentos invasivos, nem sempre é fácil cumprir com as medidas de controlo de infeção. No geral, durante os EC observou-se por parte das equipas uma atenção direcionada aos cuidados, intervindo cautelosamente e implementando as medidas de controlo de infeção. Sendo também função do EE zelar pelo cumprimento das mesmas por todos os elementos. Inclusive em situação de urgência, em que pode haver uma menor adesão por parte dos profissionais de saúde às medidas de precaução, dada a necessidade de dar resposta imediata à situação súbita com que se deparam.

De salientar que no decorrer dos EC, e dada a situação pandémica, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) eram suficientes e estavam sempre disponíveis bem como soluções antissépticas de solução alcoólica. No entanto, é necessário promover o desenvolvimento de programas de vigilância epidemiológica, que abranjam a formação dos enfermeiros e outros profissionais de saúde de modo a evitar exposição a riscos desnecessários, como os biológicos, pois um doente admitido na SE, por exemplo, é uma incógnita sobretudo no que se refere a doenças infectocontagiosas que o mesmo possa ser portador.

O doente em situação crítica está mais suscetível de ser submetido a técnicas invasivas e, conseqüentemente à resistência de antimicrobianos. No SMI e na UCPC existiam rotinas cumpridas escrupulosamente, de salientar a higienização da cavidade oral com clorohexidina 2% (por cento) e que minimizam o risco de aparecimento de pneumonias associadas à ventilação mecânica (Oliveira et al., 2014). Diariamente e sempre que o doente era transferido para outro serviço, a unidade do doente era limpa e desinfetada, segundo as normas da comissão de controlo de infeção pelos AO, e supervisionada pelos enfermeiros. Para além da supervisão do enfermeiro, este tinha também que testar e preparar todos os equipamentos de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, garantindo que estavam aptos a serem utilizados em caso de necessidade.

Foram pesquisados também, protocolos disponibilizados na intranet, relativos ao controlo de infeção e implementados na prática. No acolhimento às visitas eram explicados os cuidados a ter junto do doente e era facultado equipamento de proteção, bata e luvas.

PARTE II – PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

Na segunda parte deste relatório é descrito um estudo realizado em contexto de trabalho, num serviço de internamento de cirurgia, onde se desenvolveram e treinaram as competências de investigação e da implementação de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da metodologia de investigação-ação.

RESUMO

Enquadramento: A gestão adequada de dor em doentes de pós-operatório é um desafio importante imposto aos profissionais de saúde, que devem mobilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para esse fim. O benefício das estratégias não-farmacológicas tem vindo a ser estudado, no entanto estas são as menos valorizadas pelos profissionais, que as consideram secundárias.

Objetivo: Identificar as principais estratégias não farmacológicas para controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros, no doente crítico cirúrgico na fase pós-operatória, de um serviço de cirurgia; conhecer as limitações existentes para a aplicação de estratégias não farmacológicas pelos enfermeiros; implementar métodos/planos que promovam a aplicação das estratégias não-farmacológicas na gestão da dor; avaliar efeito das estratégias implementadas.

Método: Trata-se de um projeto de melhoria contínua da qualidade que utilizou a metodologia de investigação-ação. Este estudo foi realizado em quatro principais etapas. A primeira consistiu na realização de *brainstorming* com a equipa de enfermagem, tendo sido identificado como tema a utilização reduzida de estratégias não farmacológicas na gestão de dor, sendo validado com a aplicação de um questionário eletrónico. A segunda etapa caracterizou a implementação de estratégias de melhoria perante os resultados do diagnóstico, através de realização de formação e discussões informais com a equipa sobre a temática, e a terceira etapa a fase de avaliação das estratégias implementadas, em que se aplicou outro questionário eletrónico.

Resultados: Os resultados indicaram que os enfermeiros detinham conhecimento sobre estratégias não farmacológicas, mas que, a maioria das vezes não as aplicavam. Como justificação foram elencadas causas de falta de tempo, escassez de material e ausência de condições necessárias para a sua implementação.

Conclusão: As estratégias não farmacológicas são intervenções recomendadas pelas *guidelines* nacionais e internacionais para a gestão de dor. A sua aplicação deverá ser promovida em contextos clínicos de uma forma sistematizada e contínua.

Palavras-Chave: Enfermagem, Enfermeiro Especialista, Competências, Dor, Estratégias Não Farmacológicas.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

Na parte 2 deste relatório é abordada a temática da dor do doente no pós-operatório. Nesta parte será realizado um breve resumo teórico que servirá de base para a construção do projeto de melhoria contínua da qualidade, assente numa metodologia de investigação-ação. A temática da gestão de dor pós-operatória, com recurso a estratégias não farmacológicas surgiu após um *brainstorming* realizado em equipa, em que os enfermeiros identificaram lacunas nesta área.

A OE no seu manual de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem estabelece enunciados descritivos de qualidade da atividade profissional de enfermagem. Há uma envolvimento entre a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Os enunciados baseiam-se na satisfação do doente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem-estar e o autocuidado, na readaptação funcional e na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012). Uma boa gestão de dor integra-se nos enunciados de bem-estar e autocuidado.

O Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o estudo tem um elevado número de cirurgias sendo a área da colorretal acreditada com avaliação de excelência. Este tipo de cirurgia major, pelas suas especificidades, exige uma maior atenção dos profissionais no controlo de sintomas, em especial a dor. Uma dor ineficazmente gerida no pós-operatório imediato particularmente, de doentes em situação crítica, devido às especificidades de comunicação, levam a uma desadequada avaliação e gestão de dor.

Os potenciais benefícios esperados com a realização deste projeto são: uma gestão da dor mais eficaz, direcionadas às necessidades do doente, a contribuição para a melhoria de práticas e de cuidados na gestão da dor através de estratégias não farmacológicas, uma isenção de custos quer para o doente, quer para o Centro Hospitalar e uma melhor satisfação do doente, da família e dos profissionais de saúde envolvidos.

1.1. DOR: CONHECIMENTOS, PRINCÍPIOS E EVOLUÇÃO

A história da dor remonta há muitos séculos atrás. Os antigos egípcios consideravam que a dor era sentida no coração. Também na bíblia, a dor vem manifestada quando Jó tem de suportar catástrofes e dor. Os poderes sobrenaturais chegaram a ser considerados, como

estratégias de tratamento da dor, evoluindo para a utilização de plantas e animais (IAFSP, 2017). A semente da papoila, no tempo dos egípcios, era comumente divulgada, como tratamento para a dor, mas só em 1803 foi isolada a morfina a partir desta, pelo farmacêutico alemão Friedrich Wilhelm Sertürner (1783-1841). Em 1846, William Thomas Morton (1819-1868) introduziu o éter como anestésico geral e descobriu que este, também apresentava propriedades analgésicas/anestésicas, aplicadas aos procedimentos cirúrgicos, conferindo maior controlo de dor durante o procedimento, permitindo que este pudesse ser mais prolongado no tempo. Em 1847, James Young Simpson (1811-1870), um médico escocês utilizou o clorofórmio como anestésico ginecológico. Seguiram-se descobertas como a cocaína, nomeadamente nas raquianestésias. Tendo-se verificado melhorias significativas no controlo de dor peri-operatória, reduzindo complicações no pós-operatório.

Durante a Guerra Civil Americana (1861-1865) surgiram restrições relativamente ao uso de opiáceos devido a casos de abuso e dependência de morfina. De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP), foi com a guerra que as pesquisas sobre a dor se desenvolveram ainda mais. Os soldados tinham síndromes dolorosas complexas. Assim, em 1973, John Joseph Bonica a (1917-1994), cirurgião do exército, criou a Associação Internacional para o Estudo da dor (IASP) e com os estudos desenvolvidos a partir daí, chegou-se à conclusão que para a pessoa sentir dor, não tem de ter necessariamente um dano ou lesão. Com esta teoria, Patrick D. Wall, um psicólogo britânico, considerou que os impulsos nervosos eram explicados pelo sistema nervoso central (IAFSP, 2017).

Em Portugal, desde os finais dos anos 90, que a DGS considerou importante melhorar a abordagem da dor. Desde então têm sido desenvolvidos vários documentos, como sejam os Planos Estratégicos para Prevenção e Controlo da Dor.

A dor, particularmente a dor crónica, para além do sofrimento que causa, poderá ter impacto a nível psicológico no doente, que levam ao isolamento e à perda de qualidade de vida que o envolve, não só a si, mas à sua família e/ou cuidadores. A necessidade de recorrer aos serviços de saúde e as despesas associadas à medicação, o absentismo que leva à necessidade da atribuição de subsídios/compensações adicionais, são custos diretos e indiretos na gestão de dor (DGS, 2017). É importante que os profissionais de saúde promovam formação contínua

direcionada também a esta temática ao longo do percurso profissional, uma vez que frequentemente lidarão com doentes com dor (OE, 2008).

O conceito de dor é subjetivo e, portanto, varia de pessoa para pessoa. A forma como é sentida, percecionada e caracterizada, também se altera tendo em conta experiências previamente vividas ou até mesmo os valores pessoais, ambientais e culturais de cada doente. A presença da dor é uma realidade no âmbito hospitalar que deve ser valorizada e gerida. A DGS reitera que uma gestão de dor adequada é um direito do doente e um dever da pessoa (DGS, 2012).

Para Collière (1999), na perspetiva da enfermagem, ajudar o doente, com dor é sinónimo de cuidar. É uma atitude que nos leva à prestação de cuidados, quer de forma temporária ou definitiva, da pessoa que tem necessidade de ajuda.

É reconhecido que o ser humano sente dor, seja ela na forma da doença ou como sintoma, associada ou não a procedimentos que causem dor no imediato ou a longo prazo que interfere com o bem-estar e com a recuperação da pessoa doente.

Na Carta dos Direitos do Doente Internado, redigida pelo Ministério da Saúde (2005), é direito do doente internado, o tratamento da dor. Atualmente, existem conhecimentos científicos capazes de dar respostas mais dirigidas e eficazes, ao tratamento de dor agudas ou crónicas.

1.1.1. Classificação da dor

A dor pode ser classificada de acordo com vários fatores: temporalidade, mecanismos fisiopatológicos, causa, etc. A dor baseada em temporalidade pode ser classificada em dor aguda e crónica. A dor aguda é aquela cuja duração é previsível, limitada no tempo. Como exemplo deste tipo de dor, é a resultante de uma situação de trauma ou de um pós-operatório, e que desaparece quando o fator que a desencadeia, é neutralizado. Por outro lado, a dor crónica tem duração indefinida, mas limitada no tempo, resultante de uma lesão do sistema nervoso, como sendo um processo de inflamação adjacente, exemplo deste tipo de dor são as osteoartrites ou dores resultantes de uma amputação acidental ou cirúrgica (Metzger et al, 2002). Nesta classificação há quem atribua o período temporal dos 3 meses, mais de 3 meses para a dor crónica, menos de 3 meses para a dor aguda (King, 2013).

Quanto aos mecanismos fisiopatológicos, a dor pode ser classificada em dor nociceptiva ou inflamatória e dor neuropática. A dor nociceptiva é desencadeada através da ativação do recetor nervoso, denominado nociceptor (Carvalho & Parsons, 2012). Este tipo de dor subdivide-se em somática e visceral. A somática caracteriza-se por ser uma dor constante, e bem localizada, mas que agrava com os movimentos e alivia com o repouso. Já a dor visceral é caracterizada como uma dor em aperto, opressiva, intermitente e sem localização específica (Teixeira, 1999).

A dor neuropática resulta de lesões ou alterações funcionais do sistema nervoso. É o tipo de dor frequente em AVC, lesões medulares e diabetes. Poderá ser ainda subclassificada como central, o caso das dores fantasma em membros amputados ou periférica em mononeuropatias ou polineuropatias (Teixeira, 1999). De acordo com a IASP, a dor neuropática é o tipo de dor que afeta o sistema somato-sensitivo, que pode ser de origem periférica, onde se inclui a dor pós-operatória, ou central. Estima-se que este tipo de dor tenha uma prevalência de 7% a 8% na Europa Ocidental com tendência a aumentar devido ao aumento da esperança de média de vida dos doentes oncológicos e de doentes diabéticos (Cruz et al., 2021). Quando os doentes referem os dois tipos de dor, nociceptiva e neuropática, denomina-se de dor mista (Teixeira, 1999).

Dydyk e Conermann (2023) referem a dor neuropática periférica como o caso de neuralgia pós-herpética ou neuropatia diabética; a dor neuropática central nas sequelas de acidente vascular cerebral; a dor nociceptiva, devido a lesões teciduais reais, como queimaduras, contusões ou entorses; dor musculoesquelética, como dor nas costas, dor miofascial, dor inflamatória; doenças autoimunes (artrite reumatoide); dor psicogénica, tratando-se de dor causada por fatores psicológicos, como dores de cabeça ou dor abdominal causada por fatores emocionais, psicológicos ou comportamentais; dor mecânica, que varia consoante a expansão da malignidade.

Em termos gerais, a dor era definida pela IASP em 1979 como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial. Nesta época, era apontado que a dor era sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra através de experiências relacionadas a lesões no início da vida. Os biólogos reconhecem que os estímulos que causam dor são suscetíveis de danificar os tecidos. Consequentemente, a

dor é aquela experiência que se associam a danos reais ou potenciais nos tecidos. É inquestionavelmente uma sensação numa parte ou partes do corpo, mas também é sempre desagradável e, portanto, também uma experiência emocional. Experiências que se assemelham à dor, por exemplo, picadas, mas não são desagradáveis, não devem ser chamadas de dor. Experiências anormais desagradáveis (disestesias) também podem ser dor, mas não o são necessariamente porque, subjetivamente, podem não ter as qualidades sensoriais habituais da dor.

Em 2020, a definição de dor é revista e a IASP salienta que a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada por diferentes graus seja por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Passa a distinguir-se dor e algesia como fenómenos diferentes. A dor não pode ser inferida apenas pela atividade dos neurónios sensoriais. Através das suas experiências de vida, os indivíduos aprendem o conceito de dor e o seu relato sobre uma experiência com dor deve ser respeitado. Embora a dor geralmente desempenhe um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos no bem-estar social e psicológico. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de um ser humano ou um animal não humano sentir dor (Raja et al., 2020).

1.1.2. Escalas de avaliação da dor

A avaliação da dor é uma boa prática baseada na evidência, sendo que em 2003 a DGS, através da Circular Informativa N.º 09/DGCG, normatizou a dor como sendo o quinto sinal vital. A avaliação da dor deve respeitar a pesquisa de parâmetros específicos como sejam: localização, duração, início, irradiação, intensidade (que poderá ser avaliada através de escalas adaptadas à condição do doente), fatores de agravamento e alívio (OE, 2008a). Nesta norma é descrito que o profissional de saúde ao avaliar a dor, deve privilegiar as escalas/instrumentos de autoavaliação.

Existem escalas/instrumentos de avaliação de dor, de autoavaliação (em que o doente descreve ou quantifica a sua dor) e as de heteroavaliação (em que o seu preenchimento é realizado por outra pessoa que não o doente) (DGS, 2003). O tipo de escala/instrumento mais utilizado no internamento é o aceite pelo doente, aquando da sua admissão no serviço e que, salvo raras exceções, é mantido até ao momento de alta. Preferencialmente é apresentada a

Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN); escala de faces e escala qualitativa (DGS; 2003).

1.1.3. Papel do enfermeiro na gestão de dor: estratégias não farmacológicas

Uma das competências do EE em Médico Cirúrgica especializado na área da PSC, é intervir no tratamento da dor aguda e crónica, recorrendo a estratégias quer farmacológicas quer não farmacológicas. Deverá, ainda, demonstrar conhecimento e colocar em prática a implementação de estratégias não farmacológicas no caso de dor (OE, 2018). Refere ainda, que o enfermeiro faz a gestão discriminativa da dor, do bem-estar do doente, bem como garante o controlo de medidas farmacológicas, apresenta conhecimentos e capacidades para a gestão de estratégias não farmacológicas no combate à dor. As medidas farmacológicas são definidas como aquelas que recorrem a fármacos para a gestão de dor e as não farmacológicas são aquelas que não utilizam fármacos (OE, 2008).

A OE (2013) categoriza as estratégias não farmacológicas, como sendo: físicas, de suporte emocional e as cognitivo-comportamentais, acrescentando em 2013 as ambientais. Estas podem ser desde aplicação de calor, frio, massagem terapêutica, relaxamentos, etc. (OE, 2008).

A implementação de estratégias não farmacológicas permite o conforto e recuperação do doente promovendo uma gestão da dor de forma eficaz, através da sua aplicação de forma direcionada às necessidades do doente, aliada à isenção de custos que tem para o doente e para a instituição.

A aplicação de calor intervém na redução da dor ao promover o aumento do fluxo sanguíneo e o relaxamento muscular, e é indicado em situações de contratura. Sousa (2015) e Perry e Potter (2005) referem que a aplicação de calor promove a vasodilatação, diminui a tensão muscular e aumenta o metabolismo tecidual. A sua implementação pode ser realizada através da aplicação de sacos, toalhas ou compressas humedecidas em água quente, durante curtos períodos, várias vezes ao dia. Está contraindicado em casos de infeção e hemorragias, podendo levar a um aumento do edema. É necessário avaliar alterações de sensibilidade no doente e do estado de consciência, evitando queimaduras (Sousa, 2015).

A aplicação de frio, promove a vasoconstrição, diminuindo o edema. A sua aplicação é semelhante à aplicação de calor e os cuidados os mesmos. Está contra indicado em situações de doença vascular periférica e em situações de insuficiência arterial (Sousa, 2015).

A massagem terapêutica é definida como o “ato de massajar e pressionar partes do corpo” (OE, 2008a) e visa promover o relaxamento, diminuir a sensação de dor e aliviar a tensão muscular. Embora seja uma terapia antiga e comum, estimula a sensação de bem-estar psicológico conduzindo ao alívio da dor. Comummente não existem relatos de efeitos secundários relevantes. A sua aplicação aumenta o fluxo sanguíneo e linfático melhorando a circulação, no local de aplicação a musculatura no local fica relaxada, criando a sensação de conforto e de bem-estar ao doente. Na enfermagem existe um vasto consenso de que uma boa massagem poderá ter efeitos positivos sobre o sistema nervoso. No entanto, autores como Almeida e Duarte (2000) consideram que em doentes com patologias dérmicas, tumores, cicatrizes ou lesões abertas, locais próximos a fraturas também recente, articulações ou quando se verificam sinais de compromisso circulatório, a massagem está contraindicada.

O recurso ao relaxamento, através do controlo da respiração, técnicas de automassagem, alongamentos, por exemplo, pode ser eficaz na gestão da dor devido aos seus efeitos diretos na redução da tensão muscular presente. Ao diminuir a atividade excessiva dos músculos, contribui para a mitigação e controlo da intensidade da dor. Essa abordagem permite desviar a atenção, uma vez que os doentes muitas vezes estão excessivamente focados na sua sensação de dor (Plano Nacional de Combate à Dor, 2001).

As medidas estratégias não farmacológicas são de custo reduzido, fácil implementação e, geralmente, não acarretam efeitos secundários para o doente, podendo ser aplicadas quer durante o internamento, quer no domicílio no momento após a alta.

2. ASPETOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão descritas e justificadas as tomadas de decisão metodológica para a realização do projeto de melhoria continua da qualidade, realizado em contexto profissional. Este projeto recorreu à metodologia dos estudos de investigação-ação.

Em seguida será apresentado: desenho de estudo; questão e objetivos de investigação; população e amostra; instrumentos de colheita de dados e procedimentos formais e éticos.

2.1. DESENHO DE ESTUDO

O estudo realizado desenvolveu-se em quatro principais etapas representadas na figura 1.

Etapa 0: Realizado *brainstorming* com equipa de enfermagem em reunião de serviço, tendo sido identificado como tema de carência a intervenção na gestão de dor, através de estratégias não farmacológicas.

Etapa I: Como forma de validar o tema anteriormente identificado, foi realizado um estudo de diagnóstico com características descritivas, através da utilização de um questionário eletrónico, enviado ao enfermeiro chefe que, por sua vez enviou aos enfermeiros do serviço. Esta etapa foi realizada durante um mês.

Etapa II: Perante os resultados obtidos na etapa I, foram programadas 2 ações de formação (Apêndice II), através da plataforma *zoom*, sobre o tema, e de forma a abranger toda a equipa. Nesta formação online síncrona de uma hora, foi priorizada a participação e partilha de experiências entre pares. Esta formação foi realizada em dois dias diferentes, no dia 1 e no dia 15 de setembro de 2022.

Etapa III: Cerca de uma semana, após a realização das formações foi enviado novo *link* com questionário eletrónico para avaliar os efeitos da estratégia formativa, no comportamento dos enfermeiros sobre a temática.

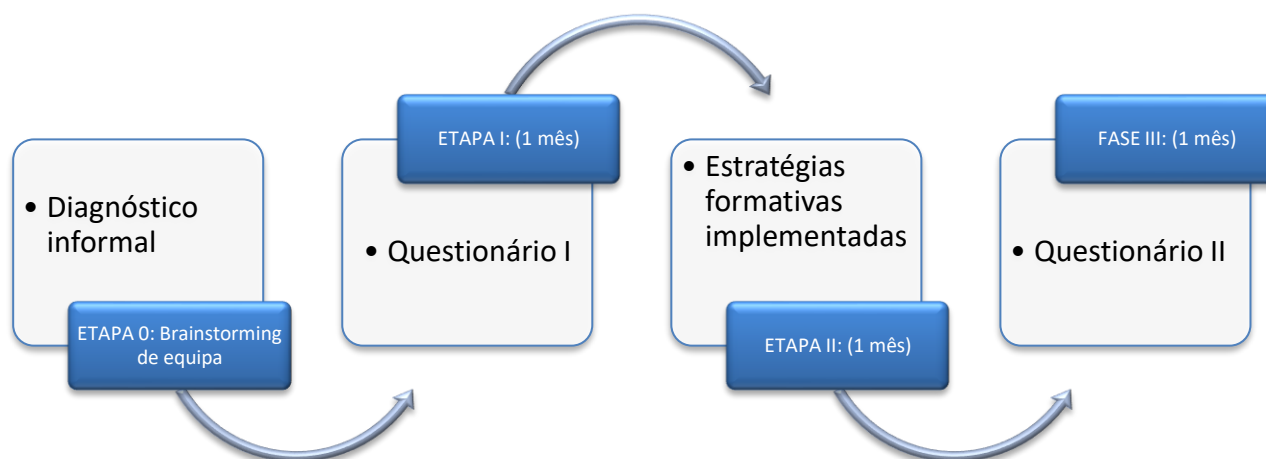


Figura 1 – Desenho de estudo

2.2. QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação que deram origem ao estudo foram as seguintes:

- Quais as estratégias não farmacológicas para gestão de dor utilizadas pelos enfermeiros do serviço de cirurgia?
- Quais as limitações à utilização das estratégias não farmacológicas na gestão de dor de doentes cirúrgicos?
- Que estratégias poderão ser implementadas para melhorar a utilização de estratégias não farmacológicas pelos enfermeiros?
- Serão as estratégias implementadas percecionadas pelos enfermeiros como satisfatórias?

As questões descritas deram origem aos seguintes objetivos:

- Identificar as principais estratégias não farmacológicas para controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros de um serviço de cirurgia;
- Conhecer as limitações existentes para a aplicação de estratégias não farmacológicas pelos enfermeiros;
- Implementar estratégias que promovam a adoção de estratégias não farmacológicas na gestão de dor pelos enfermeiros;
- Avaliar efeito das estratégias implementadas na satisfação dos enfermeiros.

2.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo é o grupo de elementos que apresentam características comuns, através do prévio estabelecimento de critérios que os satisfazem (FORTIN, 2000). A amostra é o grupo de enfermeiros do serviço de cirurgia que era composto por vinte enfermeiros. Neste estudo participaram apenas dezanove enfermeiros do serviço de cirurgia, compondo a amostra deste estudo. Foram excluídos todos os enfermeiros que não validaram consentimento informado e que decidiram não responder aos questionários.

2.4. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Como instrumentos de colheita de dados, foram utilizados dois questionários eletrónicos. Os questionários foram construídos no *Google Forms*® pela investigadora e foram aplicados em dois momentos diferentes (etapa I e etapa III do estudo). Foram solicitados a cinco enfermeiros de outro serviço cirúrgico da instituição que preenchessem o questionário e verificassem alguma dificuldade de preenchimento (pré-teste), não foram identificadas nenhuma sugestões de correção pelos participantes.

O questionário I (Apêndice III) era constituído por dados sociodemográficos (idade em anos, sexo: feminino, masculino e prefiro não dizer) e profissionais (categoria profissional: enfermeiro, enfermeiro especialista, enfermeiro gestor ou a exercer funções de chefia; especialização: EMC, reabilitação, saúde mental e psiquiátrica, saúde comunitária, saúde pública; anos de experiência, enquanto enfermeiros). Também foram auscultadas as vivências e opiniões na gestão de dor. A experiência profissional com recurso a estratégias não farmacológicas e quais as que utilizavam mais frequentemente (música, posicionamento, massagem, aplicação de frio, calor, otimização do ambiente físico, toque terapêutico, escuta ativa, entre outros, e se surtiam efeito. Foram ainda questionados se, além das estratégias sugeridas anteriormente, havia outras que conhecessem, mas que não aplicavam. Foram solicitados para que enumerassem limitações pela qual, as estratégias não farmacológicas, não eram aplicadas de uma forma sistematizada.

No segundo questionário (Apêndice IV), os enfermeiros foram questionados se tinham conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas e se a opinião deles tinha sido alterada, após a implementação das mesmas.

2.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi obtida autorização para a realização do estudo pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética e pela Unidade de Apoio Jurídico da instituição, onde foi implementado o projeto de melhoria contínuo (Anexo II e Anexo III). Foi também obtido consentimento informado (Apêndice V) dos enfermeiros para participarem no estudo. Neste foi garantida a privacidade, anonimato e confidencialidade dos dados colhidos. Os documentos de consentimento informado e questionários foram enviados por correio eletrónico pelo enfermeiro gestor do serviço a cada elemento da equipa de enfermagem. O preenchimento dos inquéritos foi realizado através dos formulários do *Google*[®], não tendo sido retidos os endereços de email dos profissionais envolvidos. Os enfermeiros poderiam interromper a sua participação garantindo o direito à autodeterminação, bastando para isso não responder aos questionários enviados. A participação dos enfermeiros foi voluntária.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos nos dois questionários aplicados. Foi utilizado o programa estatístico, *Statistical Package for the Social Science (SPSS®)* versão 28 de 2021, para a realização do tratamento estatístico descritivo. Foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão.

Na tabela 1 são apresentados os dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros.

Na amostra estudada 89,5% dos enfermeiros eram mulheres e apresentam uma idade média de $37 \pm 8,69$ anos. Estes resultados vão de encontro aos publicados pela OE em 2008, sobre dados estatísticos dos enfermeiros ativos em Portugal com maior prevalência para as enfermeiras e com idade média entre o intervalo de trinta e um aos os trinta e cinco anos (OE, 2018a).

Apenas existiam 3 enfermeiros especialistas, o que reflete um número muito inferior ao preconizado pela OE que em 2019, publicou o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que defende que nos serviços de internamento de adultos, no âmbito das especialidades médicas e cirúrgicas, deve existir, pelo menos, 1 EE em EMC, em permanência, vinte e quatro horas por dia (OE, 2019), que pelos resultados impedem esse cumprimento. Atualmente com a abertura de concursos para a carreira de EE, os profissionais têm aumentado significativamente a procura formativa para obtenção do título de especialista.

De referenciar que ao contrário de algumas profissões na área da saúde, os enfermeiros para obterem o título de especialista reconhecido pela OE têm de desenvolver formação especializada que é inteiramente financiada pelos próprios.

No entanto sabe-se que a especialização profissional contribui para um aumento da produtividade e, conseqüentemente, maior eficiência na prestação de cuidados de saúde de qualidade (Lopes, Gomes, & Almada-Lobo, 2018), pelo que deve ser uma aposta a nível institucional.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

Variáveis	Média	s	Md	Min	Máx
Idade	37,42	8,69	35,00	27	62
Anos de Experiência	14,63	9,04	13,00	4	39
Variáveis	n (%)				
Sexo	Feminino	17 (89,5%)			
	Masculino	2 (10,5%)			
Habilitações Académicas	Não Especialista	16 (84,2%)			
	Especialista	3 (15,8%)			

Legenda: M-média; s-desvio padrão; Md-mediana; Min-Mínimo; Máx-Máximo; n-tamanho da amostra; %-percentagem

Quando questionados, os enfermeiros, sobre formação na área da dor (tabela 2), a maior parte dos inquiridos respondeu negativamente (73,7%).

A formação é uma estratégia importante para desenvolver conhecimento e competências na área da dor, capacitando os profissionais a compreenderem e a abordarem de maneira eficaz as complexidades associadas à dor crónica e aguda (Cao & Hull, 2021). A dor é um fenómeno multifacetado que envolve não apenas aspetos físicos, mas também psicológicos, emocionais e sociais, tornando fundamental uma formação abrangente e interdisciplinar (Craig & MacKenzie, 2021).

Através da formação especializada na área da dor, os profissionais de saúde adquirem um entendimento mais profundo das diversas causas da dor, incluindo fatores neuropáticos, inflamatórios, musculoesqueléticos e psicossociais. Além disso, aprendem a avaliar adequadamente a intensidade da dor, a considerar os fatores que a influenciam e a escolher abordagens terapêuticas personalizadas (Nuseir et al., 2016).

Esta importância de realizar formação, nomeadamente na área da gestão de dor é reconhecida pela OE, que preconiza que os enfermeiros em funções de gestão nas instituições de saúde, promovam, entre outros aspetos, o acesso a formações sobre avaliação e controlo da dor (OE, 2008a). Por forma a melhorar estes resultados, o conselho diretivo da OE, em 2022 disponibilizou o Curso Avaliação e Abordagem à Pessoa com Dor – Básico, com uma carga horária de trinta horas, e que está disponível aos enfermeiros mediante uma inscrição e um pagamento.

O fenómeno dor é universal e intemporal (Bueno-Gómez, 2017). Neste estudo todos os enfermeiros que aceitaram responder ao questionário (n=19) referiram ter vivenciado dor moderada a intensa durante prestação de cuidados, bem como a aplicação de estratégias não farmacológicas para gerir a dor (89,5%). Associada a esta questão, foi realizada uma outra questão aberta, onde os enfermeiros poderiam identificar quais as estratégias não farmacológicas utilizadas previamente. As respostas que se obtiveram foram relacionadas com a aplicação de frio ou calor, aplicação de óleos essenciais, técnicas de distração e outras, como exemplo a acupuntura (OE, 2012; OE, 2013). O recurso a estratégias não farmacológicas para a gestão de dor, são recomendadas por diversas instituições nacionais e internacionais (OE, 2008, 2013; OMS, 2019).

A sua aplicação deve estar focalizada em alguns princípios de segurança, inclusive a OE dispõe de alguns pareceres jurídicos sobre a possibilidade dos enfermeiros desenvolverem terapias consideradas complementares e não farmacológicas, que exijam treino e formação complementar, como o caso da aromaterapia (aplicação de óleos essenciais) e a acupuntura (OE, 2012; OE, 2013). No caso específico da acupuntura, esta está regulamentada desde 2015, exigindo aos terapeutas uma cédula profissional reconhecida pela ACSS (Assembleia da República, 2013; 2019) o que vem impor regras para quem a desenvolve e aplica (Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro; Lei n.º 109/2019, de 9 de setembro; Portaria 207-F/2014, de 8 de outubro). No entanto, é de ressaltar que existem cada vez mais estudos que relatam benefícios na gestão de dor, nomeadamente em gestão de dor em situação de pós-operatório (Kelly & Willis, 2019; Shah et al., 2022).

Na tabela 2 são apresentadas de forma abrangente as perceções e opiniões dos enfermeiros em relação à dor, bem como as estratégias não farmacológicas que consideram relevantes no âmbito do cuidado ao doente. Verifica-se que grande parte dos enfermeiros inquiridos (89,5%), conjugam estratégias farmacológicas e não farmacológicas. A conjugação de ambas as estratégias surte mais efeito, do que quando aplicadas individualmente (Sousa, 2015). As estratégias não farmacológicas devem ser usadas em complementaridade da terapêutica farmacológica e não como sua substituição. No caso de serem aplicadas, devem ser implementadas tendo em consideração as preferências do doente, finalidade do tratamento e a clareza científica disponível (OE, 2008).

A maioria dos enfermeiros (n=15) considera que só a implementação de estratégias não farmacológicas não é suficiente para controlo da dor do doente operado. O enfermeiro, tendo em atenção a natureza da dor e o impacto que a mesma tem no doente, deve sugerir as intervenções mais adequadas para alívio e controlo da mesma (Sousa, 2015). Em situação de pós-operatório a comunicação com o doente pode não ser eficaz, por consequência da medicação administrada.

Tabela 2 - Respostas dos enfermeiros sobre a dor e estratégias não-farmacológicas

Pergunta	Sim		Não		Talvez	
	n	%	n	%	n	%
Detém formação na área da dor?	5	26,3	14	73,7	0	0
Já alguma vez vivenciou dor moderada a intensa?	19	100,0	0	0	0	0
Já alguma vez aplicou estratégias não-farmacológicas para gerir dor?	17	89,5	2	10,5	0	0
Habitualmente conjuga as estratégias farmacológicas com as não farmacológicas?	17	89,5	1	5,3	1	5,3
Na prática clínica acha que a utilização de estratégias s não-farmacológicas, são suficientes?	1	5,3	15	78,9	3	15,8

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

Na tabela 3 são descritas as razões/limitações apresentadas pelos enfermeiros para a não utilização de estratégias não farmacológicas. A falta de tempo foi uma das razões mais apresentadas pelos enfermeiros (52,6%). A razão para esta resposta pode estar relacionada com a dotação doente/enfermeiro, sendo que, como já referido anteriormente, o serviço de cirurgia, onde foi aplicado o estudo acolhe, maioritariamente, doentes para cirurgia eletiva. Os serviços de cirurgia caracterizam-se por exigirem vários procedimentos num curto período de tempo, sendo solicitados os enfermeiros, a desenvolverem várias atividades simultâneo, aumentando inclusive a ocorrência de erro (Rosen et al., 2018).

A segunda causa mais referida para a não utilização regular das estratégias não farmacológicas, deve-se ao desconhecimento de como aplicá-las (21,1%) e a terceira pela falta de material (15,8%). Isso destaca a importância de abordar esses desafios através de intervenções educacionais, melhorias na disponibilidade de recursos e consideração das condições de trabalho para melhorar a incorporação dessas estratégias no cuidado da dor.

Tabela 3 - Principal razão/limitações que justificam a não utilização regular e sistemática das estratégias não farmacológicas como complemento na gestão de dor

	n	%
Preferências dos enfermeiros	1	5,3
Falta de tempo	10	52,6
Falta de material para a sua aplicação	3	15,8
Desconhecimento de como aplicar	4	21,1
Falta de condições ambientais	1	5,3
Total	19	100,0

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

Na tabela 4 podem observar-se os dados sobre a estratégia mais implementada pelos enfermeiros. A tabela apresenta uma lista de diferentes combinações de estratégias não farmacológicas utilizadas para a gestão da dor, juntamente com a frequência e percentagem de ocorrência de cada combinação.

Em geral, a análise da tabela sugere que os enfermeiros estão a empregar uma variedade de estratégias não farmacológicas para gerir a dor dos doentes. As combinações mais comuns envolvem a aplicação de frio em conjunto com outras estratégias, como a otimização do ambiente (n=4). A implementação destas estratégias resume a prática habitual do serviço, a diminuição da luminosidade na área do doente, logo que este chegue à enfermaria, em concomitância com a aplicação de gelo sobre o local cirúrgico, se aplicável. Isso indica uma abordagem multidimensional para lidar com a dor, considerando tanto aspetos físicos quanto emocionais do conforto do doente. Por serem estratégias práticas, a custos reduzidos e de fácil implementação, são as estratégias mais comuns e aplicadas na readmissão do doente na enfermaria.

Tabela 4 - Qual a estratégia que mais implementou?

	n	%
Posicionamento, Aplicação de frio, Otimização do ambiente, Escuta ativa	1	5,6
Aplicação de frio	1	5,6
Aplicação de frio, Otimização do ambiente	4	22,2
Aplicação de frio, Otimização do ambiente, Escuta ativa	1	5,6
Massagem, Aplicação de frio, Otimização do ambiente	1	5,6

(continua)

(conclusão)

Massagem, Otimização do ambiente, Escuta ativa	1	5,6
Música, Posicionamento, Aplicação de frio, Toque terapêutico, Escuta ativa	1	5,6
Otimização do ambiente, Toque terapêutico	1	5,6
Posicionamento, Aplicação de calor	1	5,6
Posicionamento, Aplicação de frio	1	5,6
Posicionamento, Aplicação de frio, Escuta ativa	1	5,6
Posicionamento, Aplicação de frio, Otimização do ambiente	1	5,6
Posicionamento, Massagem, Aplicação de calor	1	5,6
Posicionamento, Massagem, Aplicação de frio, Aplicação de calor, Otimização do ambiente, Toque terapêutico, Escuta ativa	2	11,1
Total	18	100,0

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

Ao segundo questionário responderam dezoito enfermeiros. Quando questionados se tinham conhecimento sobre estratégias não farmacológicas, houve uma resposta negativa. Neste aspeto poderia ter sido dada a oportunidade de desenvolver a resposta, pois poderão existir diversos fatores para a seleção desta resposta, como a falta de formação, o facto de o elemento ter trabalhado em áreas distintas dos cuidados, por exemplo. No serviço, a implementação destas estratégias está subjacente a um protocolo informal aplicado pelos enfermeiros do serviço, sendo que, muitas vezes não lhe dão a devida visibilidade, como sendo estratégias não farmacológicas para alívio da dor no doente recém operado, acabando por fazê-lo rotineiramente, sem evidência na documentação diária.

Quando questionados sobre a frequência com que implementam estas estratégias, a maioria referiu “4-6 vezes por semana” (tabela 5), o que de acordo com o descrito acima, não é o real, mas sim o percecionado pelos profissionais.

Apesar de não se encontrarem outros estudos que descrevam o número de vezes em detalhe, Figueiredo (2016, p. 76) refere que “Os resultados obtidos comprovam que os enfermeiros utilizam com frequência, estratégias não farmacológicas no controlo da dor.” Resultados diferentes foram encontrados por Sanches (2017) que afirma que 66,7% dos enfermeiros aplicavam estas estratégias, apenas algumas vezes e a maioria (44,4%) demonstrou conhecimentos fracos sobre a sua aplicação.

Estes resultados, têm relação com a idade e o tempo de serviço, sendo que os enfermeiros com mais idade, com mais tempo de serviço, com categoria de enfermeiro especialista e que aplicavam frequentemente as estratégias, detinham mais conhecimentos. Estes foram aspetos mencionados nos momentos de partilha informal sobre a implementação de estratégias não farmacológicas.

Tabela 5 – Frequência da implementação das estratégias não farmacológicas para alívio da dor

	n	%
1 - 3 vezes por semana	5	27,8
4 - 6 vezes por semana	10	55,6
Mais de 6 vezes na semana	3	16,7
Total	18	100,0

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

No que diz respeito à eficácia da implementação das estratégias 100% dos enfermeiros responderam que as estratégias não farmacológicas implementadas foram eficazes (tabela 6).

Outros estudos que encontraram os mesmos resultados, justificaram esta eficácia da implementação das estratégias não farmacológicas, por estas aumentarem a “qualidade dos cuidados”, “a redução da dor” ou “redução de fármacos analgésicos” (Figueiredo, 2016).

Tabela 6 – Eficácia da implementação das estratégias

Pergunta	Sim		Não	
	n	%	n	%
Considera que foram eficazes?	18	100,0	0	0
Sentiu que o doente ficou mais confortável?	18	100,0	0	0
Houve necessidade de administrar terapêutica farmacológica coadjuvante?	15	83,3	3	16,7

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

Os resultados apresentados na tabela seguinte (tabela 7), derivam da questão aberta: Se respondeu "sim" à questão anterior, que medicação administrou até gerir eficazmente a dor.

Como se pode observar, no nosso estudo, os enfermeiros utilizam sobretudo “Paracetamol 1 g” e “Paracetamol 1 g, Metamizol Magnésio 2 g”, de acordo com o referido por Watson (2022) ou Pinheiro (2022). A administração de fármacos como complemento das estratégias não farmacológicas no pós-operatório dependem de prescrição médica. A via endovenosa era

privilegiada quando a intensidade da dor era moderada e quando o doente ainda não podia utilizar a via oral para administração de medicamentos.

Tabela 7 – Medicamentos administrados em complemento das estratégias

	n	%
Paracetamol 1 g	8	44,5
Metamizol Magnésio 2 g	1	5,6
Metamizol Magnésio 575 mg	1	5,6
Paracetamol 1 g, Metamizol Magnésio 2 g	5	27,8
Paracetamol 1 g, Metamizol Magnésio 2 g, Metamizol Magnésio 575 mg	2	11,1
Paracetamol 1 g, Metamizol Magnésio 2 g, Metamizol Magnésio 575 mg, Petidina 100 mg, Morfina	1	5,6
Total	18	100,0

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

Quanto às estratégias mais implementadas (tabela 8), neste estudo, foram a “aplicação do frio, otimização do ambiente” e “Posicionamento, Massagem, Aplicação de frio, Aplicação de calor, Otimização do ambiente, Toque terapêutico, Escuta ativa”. Estas estratégias são consideradas de fácil aplicação e não exigem materiais dispendiosos, estando na sua maioria disponíveis, como é o caso do gelo, de um creme ou óleo hidratante para a massagem, almofadas para o posicionamento, o que podem explicar a tomada de decisão dos enfermeiros em optar por aplicar estas estratégias em detrimento de outras.

Tabela 8 – Estratégias mais implementadas

	n	%
Posicionamento, Aplicação de frio, Otimização do ambiente, Escuta ativa	1	5,6
Aplicação de frio	1	5,6
Aplicação de frio, Otimização do ambiente	4	22,2
Aplicação de frio, Otimização do ambiente, Escuta ativa	1	5,6
Massagem, Aplicação de frio, Otimização do ambiente	1	5,6
Massagem, Otimização do ambiente, Escuta ativa	1	5,6
Música, Posicionamento, Aplicação de frio, Toque terapêutico, Escuta ativa	1	5,6
Otimização do ambiente, Toque terapêutico	1	5,6
Posicionamento, Aplicação de calor	1	5,6
Posicionamento, Aplicação de frio	1	5,6

(continua)

(conclusão)

Posicionamento, Aplicação de frio, Escuta ativa	1	5,6
Posicionamento, Aplicação de frio, Otimização do ambiente	1	5,6
Posicionamento, Massagem, Aplicação de calor	1	5,6
Posicionamento, Massagem, Aplicação de frio, Aplicação de calor, Otimização do ambiente, Toque terapêutico, Escuta ativa	2	11,1
Total	18	100,0

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

A última questão (tabela 9) era de resposta aberta e procurava saber, se na opinião dos enfermeiros, o que poderia ser melhorado no processo de implementação de estratégias não farmacológicas na gestão de dor e houve 4 respostas (n=4) sendo a otimização do ambiente, o rácio enfermeiro/doente e material adequado e ênfase aos recursos materiais. O facto de existirem dotações inferiores às preconizadas e falta de material disponível para a realização de procedimentos leva a que os enfermeiros tenham que priorizar os cuidados de uma forma diferente, descurando alguns aspetos importantes da prestação de cuidados.

Foram também questionados se consideravam que a formação implementada tinha sido eficaz, 88,9% das respostas foram positivas, de salientar que a formação é uma estratégia importante para a auto-consciencialização dos profissionais e catalisador de mudança. Como já referido anteriormente, a formação contribui para um crescente de produtividade e, naturalmente, a uma maior eficácia na prestação de cuidados de saúde de qualidade (Lopes et al., 2018), pelo que deve ser uma aposta a nível institucional.

Tabela 9 – Na opinião dos enfermeiros, o que poderia ser melhorado?

Pergunta	Sim		Não	
	n	%	n	%
Conhecimento ao doente	1	5,6	5,6	83,3
Otimização do ambiente	1	5,6	5,6	88,9
Rácio enfermeiro/doente adequado e material adequado	1	5,6	5,6	94,4
Recursos materiais	1	5,6	5,6	100,0

Legenda: n- tamanho da amostra; %-percentagem.

4. CONCLUSÃO DO ESTUDO

O controlo adequado da dor desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de qualidade, e este estudo ressaltou a relevância dessa questão. Observou-se que, quando a gestão de dor não é realizada eficazmente, isso afeta negativamente a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. A pesquisa revelou que todos os enfermeiros envolvidos já tinham vivenciado experiências de dor e tinham implementado estratégias não farmacológicas, com resultados positivos. A necessidade de reforçar essas estratégias com terapêutica analgésica demonstra a complexidade da gestão da dor após procedimentos cirúrgicos.

Além disso, ficou evidente que a implementação exclusiva de estratégias não farmacológicas não é considerada suficiente pelos enfermeiros para controlar eficazmente a dor em doentes submetidos a cirurgias. Isso destaca a necessidade de uma abordagem abrangente que considere diferentes estratégias para atingir os melhores resultados de controlo da dor, sempre na perspectiva de complementaridade entre as estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

Ao analisar as combinações de estratégias não farmacológicas utilizadas para a gestão da dor, foi notado que as mais comuns envolviam a aplicação de frio em conjunto com outras estratégias, como a otimização do ambiente. Isso enfatiza a importância da abordagem multidimensional na gestão da dor, considerando tanto fatores físicos quanto ambientais.

Em suma, este estudo destacou a complexidade da gestão da dor, identificando lacunas na aplicação de estratégias não farmacológicas, principalmente em doentes no pós-operatório. As conclusões enfatizam a necessidade de mais formação e sensibilização sobre estratégias não farmacológicas, além de abordagens integrativas para garantir um controlo eficaz da dor e uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem oferecidos.

De ressaltar que este estudo veio permitir desenvolver competências de investigação e contribuir para alertar os enfermeiros sobre a importância das estratégias não farmacológicas na gestão da dor em doentes em situação crítica, e consequentemente melhorar os cuidados prestados.

CONCLUSÃO

Este relatório veio permitir evidenciar e refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências, ao longo da frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à PSC, da ESSLei-IPL e, um segundo objetivo passava por descrever um projeto de melhoria contínuo de qualidade, realizado em contexto de trabalho, sobre “contributos das estratégias não farmacológicas na gestão de dor do doente submetido a cirurgia”, atingindo assim os objetivos iniciais.

O estudo revela a importância das competências comuns e específicas do EE em ambientes de saúde críticos, como unidades de urgência, cuidados intensivos e outras opções especializadas. As competências incluem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria da qualidade, a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Essas competências demonstram o papel multifacetado e complexo do EE na prestação de cuidados em situações críticas.

Além disso, o projeto de melhoria contínua abordou uma questão crucial na prática de enfermagem: a gestão da dor no doente cirúrgico. O estudo ofereceu uma análise aprofundada da classificação da dor, escalas de avaliação e a relevância das estratégias não farmacológicas para a gestão de dor no contexto estudado. A metodologia e os resultados discutidos na Parte II do estudo destacaram a importância de uma abordagem multidisciplinar e centrada no doente para melhorar a gestão da dor.

Quanto às limitações para a consecução deste trabalho ressalva-se, o período de COVID-19 que introduziu uma série de desafios sem precedentes para muitos setores, incluindo a investigação e os estudos académicos e que foi condicionante deste trabalho. As limitações relacionadas a este período incluem restrições de acesso a instalações de investigação, bibliotecas e equipamentos, bem como a necessidade de adaptação a métodos de trabalho remoto. Além disso, a pandemia afetou a disponibilidade de participantes para estudos presenciais e impactou a recolha de dados.

Também as mudanças impostas nos serviços, inclusive a transferência da investigadora para um serviço diferente de forma repentina, influenciaram a capacidade de haver dedicação completa ao estudo. A transição de um serviço para outro envolveu um período de adaptação e aprendizagem, que consumiu parte significativa do tempo e energia.

Outro ponto prende-se com a falta de uma gestão adequada do tempo, o que resultou em atrasos na execução das etapas do estudo, como planeamento, recolha de dados, análise e redação. Mas apesar das dificuldades aceita-se que o processo formativo e a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade são fundamentais para o desenvolvimento profissional.

O desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em enfermagem à PSC deve ser uma preocupação de todos os profissionais, tendo este relatório permitido a reflexão sobre a importância de as desenvolver e de encetar projetos de melhoria contínua da qualidade em contexto clínico.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). Referenciais de Competências e de Formação para o domínio das Doenças Cardiovasculares – Formação contínua. Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (ACSS) (Ed.), *Administração Central do Sistema de Saúde* (Julho 2012). Lisboa.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. *Administração Central do Sistema de Saúde, IP*, 1–16. Obtido de <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/Recomendacoes-Tecnicas-para-a-Sala-de-Emergencia.pdf>
- Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., ... Widimsky, P. (2017). Recomendações para o Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio nos Doentes que se apresentam com Elevação do Segmento ST. Em *European Society of Cardiology*. França. Obtido de https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/1.EAM_STEMI-2017.pdf
- Alarcão, I., & Costa, N. (2014). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: A perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. Em *Referência - Revista de Enfermagem*. Coimbra.
- Almeida, M., & Duarte, S. (2000). *Massagem Dorsal de Bem-Estar e de Conforto*. Coimbra.
- Armstrong, T., & Bircher, G. (2005). *Insuficiência Renal Aguda*. In N. Thomas, & C. Jeffrey, *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 111-118). Lusociência.
- Assembleia da República. (1993). Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana. *Diário da República - I Série-A n.º 94 - 22-4-1993*, pp. 1961–1963. Obtido de <http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bueno-Gómez, N. (2017). Conceptualizing suffering and pain. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13010-017-0049-5>
- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (2012). Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos*, 1–592.
- Cavaco, V., & Pontífice-Sousa, P. (2014). *Passagem de Turno em Enfermagem: uma reflexão*. Sinais Vitais.
- Coimbra, N. (2021). *Enfermagem de Urgência e Emergência* (Lidel, Ed.).
- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*. 385.
- Costa, S. (2014). *Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa.
- Craig, K. D., & MacKenzie, N. E. (2021). What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatric and Neonatal Pain*, 3(3), 106–118. <https://doi.org/10.1002/pne2.12046>
- Cruz, C., Mesquita, G., Veiga, D., & Alonso, M. R. (2021). *Dor neuropática periférica*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Diário da República. Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, n.º 135 Diário da República, 2.º série (2018).
- Diário da República. (2018b). *Regulamento n.º 76/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão Preâmbulo*. 10.
- Diário da República. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. *Diário da República, II série — N.º 187 — 24 de setembro de 2021*, 96–103. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2003a). A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa - A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*, pp. 1–6. Lisboa: Circular Normativa N.º 9/DGCG de 14/06/2003.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação. *Normativa n.º 015/2013 - DGS*, 1–15.

- Direção Geral da Saúde. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.*, 8. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Em *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa. Obtido de www.dgs.pt
- Direção Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2018. *Diário da República*, 1–23. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. *Orientação da Direção Geral de Saúde, 2017(008)*, 1–20. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. 2–66. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Ferreira, M. R., & A. (2020). *A prática reflexiva do professor – ensaio numa turma de Geografia do 10.º ano*. Porto.
- FORTIN, M.-F. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*.
- Galletta, M., Piazza, M. F., Meloni, S. L., Chessa, E., Piras, I., Arnetz, J. E., & D’Aloja, E. (2022). Patient Involvement in Shared Decision-Making: Do Patients Rate Physicians and Nurses Differently? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114229>
- Gräsner, J. T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., ... Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Huber, D., & M. Lindell, J. (2005). *Huber* (3rd edition). Saunders.
- INEM. (2020). *Manual de Suporte Avançado de Vida* (1ª Edição). GMC - Gabinete de Marketing e Comunicação.
- IAFSP, I. A. for the S. of P. (2017). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Em K. Andreas & N. B. Patel (Eds.), *Third EAGE Eastern Africa Petroleum Geoscience Forum*. IASP Press®. <https://doi.org/10.3997/2214-4609.201702435>
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2022). *Dados de Atividade: Doação e Transplantação 2021*.
- Jólluskin, G., & Toldy, T. (2011). Autonomia e Consentimento Informado: Um Exercício de Cidadania? *ANTROPOlógicas*, 12, 44–51.
- Jorge Lisboa, A., Fleith de Medeiros, E., Guilherme Alegretti, L., Badalotto, D., & Maraschin, R. (2012). Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva numa unidade de terapia intensiva. *Fev*, 3(1), 18–24.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Inesctec*, 112. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabri2018.pdf
- Marques, A. F. A. (2021). *Equipa de emergência médica intra hospitalar: um projeto de criação e implementação*. 1–213. Obtido de <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2591>
- Metzger, C.; Muller, A.; Schwetta, M. e Walter, C. (Ed.). (2002). Metzger, C.; Muller, A.; Schwetta, M. e Walter, C. *Em Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. *DR, I Série-A, nº 205*, 2959–2962. Obtido de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República, 2.ª série - n.º 153*

- (11-08-2014), pp. 20673–20678.
- Ministério da Saúde. (2018). Despacho n.º 9639/2018. *Diário da República, 2ª série - Nº198 de 15 de outubro de 2018, 1*, 27533.
- Morse, J. M. (2009). *Preventing patient falls: establishing a fall intervention program*. New York: Springer Publishing Company.
- NPUAP/EPUAP/PPPIA. (2014). Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida. Em *Revista da Escola de Enfermagem* (Vol. 3). Austrália. Obtido de <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-portuguese.pdf>
- Nuseir, K., Kassab, M., & Almomani, B. (2016). Healthcare providers' knowledge and current practice of pain assessment and management: How much progress have we made? *Pain Research and Management, 2016*, 18–23. <https://doi.org/10.1155/2016/8432973>
- Oliveira, J., Zagalo, C., & Cavaco-Silva, P. (2014). *Prevention of ventilator-associated pneumonia* (pp. 152–161). pp. 152–161. *Revista Portuguesa de Pneumologia*.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2008a). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. DPI Cromotipo. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2008b). *PARECER CJ – 8/2008*. 1–3.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. 283.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 24*.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013). *Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República, 2.ª série, 48*, 5948–5952. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). Membros activos. *Ordem dos Enfermeiros*, 1–4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018b). Parecer N.º 15/2018: Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. *Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, (2018)*, 1–4. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%BA15_2018-fun%E7%F5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2.ª série(184)*, 128–155. Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 Regulamento - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , n.º26 *Diário da República, 2ª série*.
- Ordem dos Médicos. (2009). Normas de boa prática em trauma. *Ordem dos Médicos, 224*. Obtido de https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Normas_de_Boa_Pratica_em_Trauma
- Ordem dos Médicos. (2018). *Documento orientador da Formação em Medicina Intensiva (Critérios de Idoneidade*

- e de Formação em Medicina Intensiva). Obtido de <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações* (Centro Edi).
- Ourives, A. (2004). "Confidencialidade e Privacidade", in *Para uma Ética da Enfermagem*. (p. 250). p. 250. Coimbra: Gráfica de Coimbra em colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/Pólo dos Açores.
- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., ... Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva. *Serviço Nacional de Saúde*, 1–87. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Perkins, G. D., Graesner, J. T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C., ... Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *European Resuscitation Council*, 161, 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (2010). Obtido de <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pinho, J. A. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (Lidel-Ed).
- Rosen A. K., Amirfarzan, H., Rochman, A., & Itani, K. M. F., Chen Q., (2018). *Improving detection of intraoperative medical errors (iMEs) and intraoperative adverse events (iAEs) and their contribution to postoperative outcomes*, 846–850. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.03.005>
- Ruszala, M., Reimer, A.P., Hickman, R. L. et al. (2014). *Use of arterial Catheters in the Management of Acute Aortic Dissection*. (pp. 326–330). pp. 326–330. Air Medical Journal associates.
- Santos Nobre, R. A., Rocha, H. M. do N., Santos, F. de J., Dos Santos, A. D., De Mendonça, R. G., & De Menezes, A. F. (2019). Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em diferentes tipos de UTI's: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, 18(4), 485–528. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362201>
- Seguro, J. M. S. P. (2021). *O enfermeiro no cuidado farmacoterapêutico interprofissional - a visão do médico*. p. 111. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido de <http://web.esenfc.pt/?url=UzeVBMM6>
- Simões, J. F. F. L., & Garrido, A. F. da S. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(4), 599–608. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072007000400003>
- Sousa, M. de F. (2015). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. *Cadernos de Psiquiatria social e cultural*, 135–152. https://doi.org/10.14195/978-989-26-0968-3_7
- Teixeira, M. J. (1999). Fisiopatologia da dor neuropática. *Rev. med. (São Paulo)*, 78(2,pt.2), 53–84.
- Ventura Silva, J., Martins, M. M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Vimlatia, L.; Gilsanzb, F.; Goldik, Z. (2009). *Quality and safety guidelines of postanesthesia care Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology, Union Européenne des Médecins Spécialistes)*. (pp. 715–721). pp. 715–721. *European Journal of Anaesthesiology*.
- Walther, C. P., Podoll, A. S., & Finkel, K. W. (2012). Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *KDIGO*. <https://doi.org/10.3810/hp.2014.02.1086>

APÊNDICES

Apêndice I – Trabalho sobre EEG

EEG

Eletroencefalograma

DEFINIÇÃO

- Exame complementar que regista a atividade elétrica cerebral através de eletrodos fixados no couro cabeludo da qual se obtém um registo em forma de traçado das ondas elétricas cerebrais.
- O doente é gravado para perceber alterações do comportamento que ajudam na interpretação do resultado.

INDICAÇÃO

- Grande mal epilético;
- Demências;
- Perturbações do metabolismo cerebral;
- Tumores cerebrais ou estados de confusão;
- Avaliação de morte encefálica;
- Deteção de inflamações ou intoxicações cerebrais.

COLOCAÇÃO

- Colocar as sete posições de eletrodos fixas na cabeça. O equipamento possui uns braços flexíveis facilitando o ajuste à cabeça de cada doente, pelo que não é necessário realizar a medição da posição dos eletrodos.

VANTAGENS

- Não é necessária experiência na aplicação de eletrodos EEG;
- A utilização é feita via Bluetooth®, o doente está livre de cabos circundantes.
- Se se detetar um eletrodo defeituoso, o médico é notificado para verificar estes eletrodos;
- Exame indolor.

TRATAMENTO

- ANTICONVULSIVANTES/ ANTIÉPILEPTICOS NO SMI:**
 - Levetiracetam 1 g
 - Valproato de Sódio 500 mg
 - Fenitoína 100 mg
 - Lacosamida 200 mg
- * Dosegens existentes no serviço

DOSE:

- Carga (200 mg)
- Manutenção (200 mg/dia)
 - 100 mg 12/12h

ADMINISTRAÇÃO:

- Diluição → 100 ml SF 0,9%
- Perfusão → 15 a 60 min.

LACOSAMIDA

Novo fármaco!

NA TEORIA...

NA PRÁTICA...

Aluna: Teresa Neves
Orientação: Enf e [redacted]
Curso: Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica Pessoa em Situação Crítica | 2020/2022
Escola: Escola Superior de Saúde de Leiria

BIBLIOGRAFIA:
<https://www.indice.eu.pt/medicamentos/ocj-https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/distric%C3%A7%C3%A3o-neurologia/3838gros/transornos-convulsivos/tratamento-farmacologico/3838gros-das-convuls%C3%A3es-https://www.nibontokidan.com/>

02/10/2022



Estratégias não farmacológicas

"Aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos."

(10ª edição da Sociedade Portuguesa de Medicina da Dor, 2016)

Intervenções
Estratégias
Medidas

02/10/2022



Estratégias não farmacológicas

A seleção deve ter em conta:

- As preferências da pessoa;
- Os objetivos do tratamento;
- A evidência científica disponível;
- Quadro clínico.

Estratégias não farmacológicas

Recomenda-se a aplicação de intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica.

Bibliografia

Almeida, M., & Duarte, S. (2000). *Massagem Dorsal de Bem-Estar e de Conforto*. Coimbra.

Cruz, C., Mesquita, G., Wiga, D., & Alamo, M. R. (2021). *Dor neuropática periférica*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013). *Guia orientador de Boas Práticas - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.

Sousa, M. de F. (2015). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: Informação/aplicação. *Cadernos de Psiquiatria social e cultural*, 135-152. https://doi.org/10.14195/978-989-26-0966-3_7

Teixeira, M. J. (1999). Fisiopatologia da dor neuropática. *Rev. med. (São Paulo)*, 53-84.

Fim desta etapa.

Obrigada pela atenção!

Apêndice III – Inquérito Online I

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

AUTORA: Teresa Neves (Enfermeira)

ORIENTADORA: Cristina Costeira (Professora Adjunta)

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente Pessoa em Situação Crítica, está a ser desenvolvido um estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico na fase do pós-operatório. O presente estudo servirá para desenvolver um Projeto de Melhoria no serviço de cirurgia I, do Centro Hospitalar [REDACTED]

A identificação da necessidade de realização deste estudo está relacionada com o facto de se verificar no contexto clínico, uma reduzida utilização das estratégias não farmacológicas de forma complementar com a farmacológica na gestão de dor, respeitando as guidelines e recomendações nacionais e internacionais de gestão de dor eficaz.

Os objetivos da investigação que se pretende desenvolver são os seguintes:

- Identificar as principais estratégias não farmacológicas para controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros, no doente crítico cirúrgico na fase pós-operatória;
- Conhecer as limitações existentes para a aplicação de estratégias não farmacológicas pelos enfermeiros;
- Implementar estratégias que promovam a aplicação das medidas não farmacológicas no alívio da dor do doente cirúrgico;
- Avaliar o seu impacto na gestão de dor no doente crítico cirúrgico na fase pós-operatória.

Este questionário faz parte do primeiro momento de colheita de dados que irá permitir diagnosticar as necessidades dos enfermeiros sobre estratégias não farmacológicas na gestão de dor pós-operatória.

Qualquer dúvida deve contactar a autora através [REDACTED] ou [REDACTED] antes de preencher o questionário.

O preenchimento deste questionário demorará cerca de 5 minutos.
Serão garantidos os princípios do anonimato e confidencialidade.
Note que pode decidir não participar no estudo, apesar da sua participação ser muito importante.

*Obrigatório

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

1. Autorizo o tratamento dos dados para fins de investigação: *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não *Avançar para a secção 6 (Obrigado pela sua colaboração.)*

2. Insira por favor o código alfanumérico que lhe foi entregue em envelope fechado, para que se possam comparar resultados no final do estudo. *

Dados Sociodemográficos e Profissionais

3. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Prefiro não responder

4. Idade (Anos): *

5. Categoria profissional: *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermeiro
 Enfermeiro Especialista
 Enfermeiro Gestor ou a exercer funções de chefia
 Outra: _____

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

6. Especialidade *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem em Saúde Comunitária
- Enfermagem em Saúde Pública
- Outra: _____

7. Tempo de experiência profissional (Anos): *

8. Possui formação na área da dor? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. Já alguma vez vivenciou uma dor moderada a intensa? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Talvez

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

10. Já alguma vez experimentou estratégias não farmacológicas para gerir dor? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

11. Se considerar pode desenvolver a resposta à questão anterior

Decisões clínicas em gestão de dor

12. Na sua opinião, quem melhor avalia a dor? *

Marcar apenas uma oval.

- Doente
 Enfermeiro
 Médico
 Outro
 Outra: _____

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

13. Que escala(s) ou instrumentos de monitorização de dor, utiliza habitualmente? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Escala Numérica da Dor
- Escala Visual Analógica
- Escala Qualitativa
- Escala de Faces
- BPS- Behavioral Pain Scale
- PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia
- Outra

14. Quando é que administra terapêutica farmacológica? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Assim que o doente refere que tem dor
- Quando o doente refere dor ligeira (EN: 1-2)
- Quando o doente refere dor moderada (EN: 3-7)
- Quando o doente refere dor intensa (EN: 8-10)
- Nas horas da prescrição médica independentemente da intensidade de dor
- Outra: _____

15. Que fármacos administra com mais frequência para alívio da dor? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Paracetamol
- Metamizol Magnésico
- Tramadol
- Petidina
- Morfina
- Outro
- Outra: _____

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

16. Habitualmente conjuga as estratégias farmacológicas com as não farmacológicas? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Talvez

17. Com que frequência as utiliza?

Marcar apenas uma oval.

- Nunca
 Raramente (menos de 1x dia)
 Às vezes (até 3x dia)
 Frequentemente (mais de 4x dia)
 Sempre

18. Que estratégias não farmacológicas utiliza? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Música
 Posicionamento para alívio da dor (Não são considerados posicionamentos para alívio de pressão)
 Massagem
 Aplicação de frio
 Aplicação de calor
 Otimização do ambiente (Diminuição da luminosidade, ruído, etc...)
 Toque terapêutico
 Escuta ativa
 Outra
 Outra: _____

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

19. As estratégias não farmacológicas que aplica, surtem efeito?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

20. Que tipos de intervenções não farmacológicas conhece mas não aplica?

Limitações e Razões para a não utilização de estratégias não farmacológicas

21. Qual a principal razão/ limitações que justifica, na sua opinião, a não utilização regular e sistemática das estratégias não farmacológicas como complemento na gestão de dor? *

Marcar apenas uma oval.

Desconhecimento de como aplicar

Falta de condições ambientais adequadas

Falta de material para a sua aplicação

Falta de tempo

Preferências dos enfermeiros

Falta de evidência científica

Outra

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

22. Se considerar desenvolva a sua resposta à questão anterior

Na Sua opinião....

23. Quais as estratégias não farmacológicas que considera que poderiam ser desenvolvidas para gerir a dor do doente no seu serviço? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Aplicação de frio
- Aplicação de calor
- Escuta ativa
- Massagem terapêutica ou outras técnicas manipulativas
- Otimização de ambiente físico (controlo de luz, ruído, temperatura)
- Outra(s)

24. Se considerar desenvolva e justifique a sua resposta à questão anterior

25. Na prática clínica acha que a utilização das estratégias não farmacológicas são suficientes? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Talvez

22/09/22, 23:42

Estudo sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico- I

26. Se considerar desenvolva a sua resposta à questão anterior

27. Quais as estratégias que gostaria de desenvolver mais conhecimentos e habilidades para aplicar no contexto clínico? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhuma
- Estratégias físicas (massagem, reflexologia, etc)
- Estratégias de suporte emocional (Toque Terapêutico; Conforto, etc.)
- Estratégias Cognitivo-comportamentais (relaxamentos, distração, habilidades do coping, etc)
- Todas

28. Se considerar desenvolva a sua resposta à questão anterior

Obrigado pela sua colaboração.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice IV – Inquérito Online II

25/09/22, 01:20

Contributos não farmacológicos para a gestão de dor- II.

Contributos não farmacológicos para a gestão de dor- II.

AUTORA: Teresa Neves (Enfermeira)

ORIENTADORA: Cristina Costeira (Professora Adjunta)

O questionário que agora solicitamos que preencha insere-se no 2º momento de colheita de dados do projeto de melhoria continua desenvolvido no Serviço de Cirurgia I do [REDACTED] sobre estratégias não farmacológicas no controlo da dor do doente cirúrgico nas fase do pós-operatório.

Este tem como objetivo: avaliar o impacto que as estratégias desenvolvidas no serviço produziram na gestão de dor no doente crítico cirúrgico na fase pós-operatória.

O preenchimento deste questionário prevê-se que demore cerca de 5 minutos.

Qualquer dúvida, por favor esclareça primeiro com a autora através do email:

[REDACTED] ou telefone [REDACTED]

Serão garantidos os princípios do anonimato e confidencialidade.

Note que pode decidir não participar, apesar da sua participação ser muito importante.

*Obrigatório

1. Autorizo a utilização dos dados para fins de investigação. *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não *Avançar para a secção 3 (Obrigado pela sua colaboração.)*

2. Código alfanumérico utilizado no primeiro questionário *

Avaliação das estratégias implementadas

25/09/22, 01:20

Contributos não farmacológicos para a gestão de dor- II.

3. Enquanto enfermeiro, tinha conhecimento das estratégias não farmacológicas:

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Prefiro não responder

4. A sua opinião acerca das estratégias não farmacológicas ficou alterada após as estratégias implementadas?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Prefiro não responder

5. Quantas vezes implementou estratégias não farmacológicas para alívio da dor:

Marcar tudo o que for aplicável.

- 1 - 3 vezes por semana
 4 - 6 vezes por semana
 Mais de 6 vezes na semana

6. Considera que foram eficazes?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

25/09/22, 01:20

Contributos não farmacológicos para a gestão de dor- II.

7. Sentiu que o doente ficou mais confortável?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

8. Houve necessidade de administrar terapêutica farmacológica coadjuvante?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

9. Se respondeu "sim" à questão anterior, que medicação administrou até resolver a dor?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Paracetamol 1 g
- Metamizol Magnésio 2 g
- Metamizol Magnésio 575 mg
- Petidina 100 mg
- Morfina
- Outro

10. Qual a estratégia que mais implementou?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Música
- Posicionamento
- Massagem
- Aplicação de frio
- Aplicação de calor
- Otimização do ambiente
- Toque terapêutico
- Escuta ativa

25/09/22, 01:20

Contributos não farmacológicos para a gestão de dor- II.

11. Na sua opinião o que poderia ser melhorado no processo de implementação de estratégias não farmacológicas na gestão de dor?

Obrigado pela sua colaboração.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice V – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Leia com atenção o documento seguinte, se concorda com a proposta que lhe é feita, por favor, queira assinar este documento.

A realização deste inquérito insere-se no trabalho de investigação, intitulado “Contributos das estratégias não farmacológicas para a gestão de dor – Projeto de melhoria contínua”, que decorre no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem em Médico Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

A identificação da necessidade de realização deste estudo está relacionada com o facto de se verificar no contexto clínico, uma reduzida utilização das estratégias não farmacológicas de forma complementar com a farmacológica na gestão de dor como recomendado, pelas *guidelines* nacionais e internacionais para a gestão eficaz de dor.

Este trabalho tem como objetivos: Identificar as principais estratégias não farmacológicas para controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros, no doente crítico cirúrgico na fase pós-operatória; conhecer as limitações existentes para a aplicação de estratégias não farmacológicas pelos enfermeiros; implementar estratégias que promovam a aplicação das medidas não farmacológicas no alívio da dor do doente cirúrgico e avaliar o seu impacto na gestão de dor no doente crítico cirúrgico na fase pós-operatória.

A sua participação neste estudo não lhe trará nenhum encargo financeiro ou risco. Podem não existir benefícios imediatos, porém a análise dos dados pode resultar em orientações para a prática profissional que irão melhorar os cuidados prestados. Este estudo não tem qualquer financiamento.

A privacidade e a proteção dos dados estão asseguradas de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE. Os dados recolhidos são exclusivamente para fins de investigação científica no âmbito deste trabalho de investigação. O preenchimento do inquérito será realizado através dos formulários do *Google*. A confidencialidade e a privacidade dos dados são garantidas pelo anonimato na transcrição das respostas, assegurando-se que a não identificação dos participantes e a não retenção de contactos de email.

A segurança e a proteção dos dados são asseguradas, através do armazenamento dos mesmos num equipamento protegido por palavra-passe acedido apenas pelos investigadores.

A sua participação é de caráter livre e voluntário e o seu consentimento pode ser retirado a qualquer momento, ou pode recusar participar, sem que tal facto tenha consequências ou penalizações, para si.

Este estudo foi submetido e validado pela comissão de ética do Centro Hospitalar [REDACTED]

Neste documento, solicitamos o seu consentimento por escrito, sendo requerido apenas a sua assinatura no campo identificado com esse fim. Note que não deve assinar este documento, caso tenha alguma dúvida sobre o estudo e sobre a sua participação, nessa situação deve contactar o investigador responsável e esclarecer todas as suas dúvidas.

Investigador responsável: Teresa Neves; Contactos: [REDACTED] | [REDACTED]

Assinatura/s de quem pede consentimento: _____

O seu consentimento é feito em **duplicado**: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.

Agradeço, desde já, a sua colaboração no estudo.

Declaração para o investigador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar no estudo “Contributos das estratégias não farmacológicas para a gestão de dor – Projeto de melhoria contínua” e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Declaração para o participante:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar no estudo “Contributos das estratégias não farmacológicas para a gestão de dor – Projeto de melhoria contínua” e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ANEXOS

Anexo I – Programa das Jornadas de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica



**Jornadas de
Enfermagem à Pessoa
em Situação Crítica**
**Inovar em
tempo de
pandemia**
15 de outubro de 2021 | online e presencial

PROGRAMA

9h00 - Sessão de Abertura

9h30 - A pessoa com COVID-19: no pré-hospitalar
Moderador: Luís Miguel Gonçalves
- Triage no pré-hospitalar em situações de pandemia
- Transferência do doente do pré-hospitalar para o hospital

10h30 - 11h00 - Coffee break

11h00 - A pessoa com COVID-19: no hospital
Moderador: Edgar Abreu
- ECMO em doentes COVID
- Posicionamentos em doentes COVID

12h45 - 14h00 - Almoço

14h00 - Vivências e emoções em tempos de pandemia
Moderadora: Verónica Carvalho
Luto em Tempos de Pandemia
Acompanhamento familiar em doentes internados com COVID
Desafios Éticos em tempos de Pandemia
Ser doente COVID em casa

15h30 - Gestão dos cuidados e políticas de saúde em situação de pandemia e pós-pandemia
Moderador: Fernando Catarino
Pandemia e o serviço de urgência: o antes, durante e o após
Gestão organizacional e operacional: o que fizemos e que lições tirámos

17h00 - Encerramento

Inscrição grátis mas obrigatória em
bit.ly/3mRvZ7B

Comissão Científica e Comissão Organizadora:
9ª turma do MEMC-EPSC e CCP do curso

**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Anexo II – Despacho de Aprovação do Estudo pelo Conselho de Administração



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Enfermeira Diretora N.º: 47/DE/CA Data: 02-06-2022 Pág.: _____
Para: Conselho de Administração
C.c.: _____

Assunto: Estudo – “Contributos das estratégias não farmacológicas para a gestão da dor”

PARECER	DESPACHO

Com base nos pareceres da Comissão de Ética do [redacted] e da Unidade de Apoio Jurídico do [redacted] ambos em anexo, coloca-se à consideração do Conselho de Administração a aprovação do estudo, solicitado pela Enfermeira Teresa Marques Neves, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que se encontra a frequentar no Instituto Politécnico de Leiria, intitulado - “Contributos das estratégias não farmacológicas para a gestão da dor”

A Enfermeira Diretora

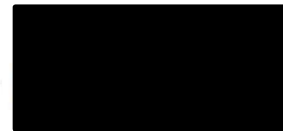




REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE




SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

intervenção e avaliação da intervenção (não farmacológica no alívio da dor do doente cirúrgico), com envolvimento de 20 profissionais de enfermagem, pelo período de 3 meses.

Nestes termos, considerando ainda o parecer da Comissão de Ética do  que admite conformidade relativamente à metodologia e ao teor do consentimento informado para participação no estudo, entendemos nada a obstar a que o mesmo seja aprovado.

O Responsável da Unidade de Apoio Jurídico do 

