



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em situação crítica

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

Por:

Nuno Miguel Amaral de Oliveira

Lisboa, Julho de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em situação crítica

**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA
DOR NO DOENTE CRÍTICO**

**NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS TO CONTROL
PAIN IN CRITICAL PATIENTS**

Por:

Nuno Miguel Amaral de Oliveira

Sob orientação de Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, Julho 2022

RESUMO

A dor é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial.

Para a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também uma componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou seja, a dor não é apenas uma sensação, mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e elementos que lhe estão associados, devendo ser encarada como um modelo biopsicossocial.

O Enfermeiro desempenha um papel fundamental na monitorização e conseqüentemente no controlo da dor. O decurso dos estágios permitiram o desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e a sua família em cuidados intensivos, bem como, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no âmbito do controle da dor através de medidas não farmacológicas.

Fonseca, Lopes, e Ramos, (2013), afirmam que o recurso às estratégias farmacológicas são mais uma forma de atenuar a dor, no entanto, acrescentam que a utilização isolada dos recursos farmacológicos demonstrou-se insuficiente, pelo que as medidas não farmacológicas constituíram um importante recurso na atenuação da dor, especialmente quando combinadas com o regime medicamentoso. O estudo de Silva, Martins e Jardim (2016), comprovam que medidas farmacológicas e não farmacológicas complementam-se no alívio da dor.

Palavras-chave: Dor, Enfermagem especializada, pessoa em situação crítica, medidas não farmacológicas.

ABSTRACT

Pain is one of the main causes of human suffering, compromising people's quality of life, interfering with their physical and psychosocial well-being.

For the Portuguese Association for the Study of Pain (2018), pain is a unpleasant and multidimensional experience, involving not only a sensory component, but also an emotional component, which is associated with concrete or potential tissue damage

In other words, pain is not just a sensation, but a complex phenomenon that involves emotions and related elements, and should be seen as a biopsychosocial model.

Nurse's play a fundamental role in monitoring and, consequently, in controlling pain. The course of the internships allowed the development of technical, scientific, ethical and relational skills in the provision of care to the person in a critical situation and his family in intensive care, as well as contributing to the improvement of the quality of care provided to the person in a critical situation within the scope of pain control through non-pharmacological measures.

Fonseca, Lopes and Ramos (2013), claim that the use of pharmacological strategies is another way to relieve pain, however, they add that the isolated use of pharmacological resources is proved to be insufficient, so non-pharmacological measures constituted an important resource in the mitigation of pain, mainly when combined with the therapeutic regimen.

Silva, Martins and Jardim's study (2016) prove that pharmacological and non-pharmacological measures complement each other in pain relief and control.

Kewywords: Pain, Speacialized nursing, person in critical condition, non-pharmacological measures

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe”.

Clarice Lispector

DEDICATÓRIA

A elaboração deste trabalho foi possível com a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas a quem pretendo agradecer.

Em primeiro lugar, a Professora Doutora Isabel Rabiais, por toda a orientação dada, recomendações, sabedoria partilhada e reforço positivo, salientando toda a sua disponibilidade e a forma cordial como sempre me tratou.

A minha família, pelo apoio e incentivo prestado durante este processo de aprendizagem, compreendendo as minhas ausências.

Agradeço especialmente ao meu filho Bernardo que ainda sem ter idade para compreender o que é uma Dissertação, pela sua espontaneidade, carinho e amor incondicional que me estimularam nos momentos difíceis.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo companheirismo, ajuda e apoio mútuos. Na certeza, que juntos mobilizamos sinergias fundamentais para atingir o fim que determinei, Ser Enfermeiro Especialista.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APA	American Psychological Association
CIAV	Centro de Informação Antivenenos
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DEM	Departamento de Emergência Médica
DGS	Direção Geral da Saúde
HSC	Hospital Santa Cruz
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
PEEP	Pressão Positiva no Fim da Expiração
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SAV	Suporte Avançado de Vida
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIV	Suporte Imediato de Vida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU	Serviço de Urgência
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UCIC	Unidades de Cuidados Intensivos Cardiorácica
UPPEC	Unidade de Planeamento de Eventos de Risco, Protocolo de Estado e Gestão de Crises

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
DEDICATÓRIA.....	9
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	10
ÍNDICE.....	11
ÍNDICE DE TABELAS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	14
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I- ESTUDO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	18
RESUMO	19
ABSTRACT	20
1.1-Medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dor	21
1.2 Metodologia.....	25
1.2.1-Aspetos Éticos	25
1.2.2-Tipo de Estudo	25
1.2.3-Procedimentos Metodológicos	25
1.2.4-Critérios de Inclusão e Exclusão	26
1.2.4.1-Recolha e organização dos dados.....	27
1.3 -Análise dos Resultados	29
1.4 - Considerações Finais.....	35
CAPÍTULO II – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA	36
2.1 - Contexto de Estágio	37
2.1.1 - Serviço de Urgência (Creditado).....	37
2.2 – Instituto Nacional de Emergência Médica - Unidade de Planeamento de Eventos, Protocolos de Estado, e Gestão de Crise.....	38

2.2.1- Caracterização Física e Organizacional	39
2.2.2 - Análise do desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista.....	41
2.3 - Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica	46
2.3.1 Caracterização Física e Organizacional.....	48
2.3.2 - Análise do desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista.....	50
CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	72
APÊNDICE I – Poster Científico: “Medidas não farmacológicas no controlo da dor do doente crítico: scoping review”	73
ANEXOS.....	76
ANEXO I – Fotocópia do certificado do Curso de Formação de Formadores de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador automático externo através do INEM.....	77
ANEXO II -Fotocópia do certificado de participação da Sessão webinar com o tema: “Enfermagem em contexto do Serviço de Urgência/Emergência - Que mudanças?” pela Ordem dos Enfermeiros.....	81
ANEXO III – Fotocópia do certificado do curso de Suporte Avançado de Vida pelo INEM.....	85
Anexo IV – Fotocópia do certificado de Recertificação do curso SIV Enfermeiros pelo INEM.....	89
ANEXO V – Fotocópia do Certificado do Curso Inicial para Operacionais do Portuguese Emergency Medical Team pelo INEM.....	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	26
<i>Método PICO aplicado ao estudo</i>	26
Tabela 2	27
<i>Crítérios de inclusão e exclusão</i>	27
Tabela 3	32
<i>Resumos dos dados extraídos dos estudos selecionados para a revisão sistemática</i>	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Fluxograma do processo de seleção dos estudos</i>	28
---	----

INTRODUÇÃO

O presente relatório reflete o percurso de estágio para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. Surge no âmbito do plano de estudos do 3º semestre do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

O Supracitado relatório de estágio exhibe a análise do percurso realizado em diferentes serviços de prestação de cuidados de saúde, para desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica, com ênfase para a promoção do conforto do doente crítico e em estratégias não farmacológicas no controle da dor. Pretende descrever, analisar e refletir o caminho percorrido, apresentando os objetivos, atividades desenvolvidas e dificuldades sentidas, bem como as estratégias utilizadas para as ultrapassar.

Surge na sequência de um projecto de estágio que decorreu em dois momentos distintos e tem como objectivo descrever de forma crítica as ações realizadas e as competências adquiridas enquanto Enfermeiro Especialista e foi elaborado de acordo com as normas da American Psychological Association, 7th edition (APA, 2019).

O primeiro estágio, efectuado no INEM na Unidade de Planeamento de Eventos, Protocolos de Estado, e Gestão de Crise (UPPEC) centrou-se nos cuidados à pessoa e família no contexto de emergência, exceção e catástrofe. Teve também como objetivo desenvolver competências de liderança em equipa e gestão em situação de crise.

O segundo estágio foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica do Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Cruz. Sendo que, os objetivos focaram-se no desenvolvimento de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em cuidados intensivos, bem como, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no âmbito do controle da dor através de medidas não farmacológicas.

Em concordância, o Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em

Situação Crítica, - Regulamento nº 429/2018 - encontra-se descrito na unidade de competência: Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; destaca-se como critério de avaliação: “Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (Decreto-Lei n.º 135 - 16 de julho de 2018).

A Direção Geral de Saúde, tendo em conta a necessidade de um controlo da dor, publicou a Circular Normativa de 14 de junho de 2003, que edificou a dor como o quinto sinal vital (Direção Geral da Saúde, 2003). Desta forma a gestão da dor é um instrumento fidedigno da qualidade da assistência em Enfermagem, de forma a proporcionar uma elevada qualidade de atendimento para as pessoas que sofrem com dor. Justifica-se assim uma intervenção crítica, que passa pela avaliação e monitorização de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não farmacológicas), no controlo da dor.

O relatório tem por base a metodologia descritiva e reflexiva, assente nas experiências vivenciadas, nas competências desenvolvidas e nos conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do curso, complementados com a evidência científica mais atual, através da pesquisa bibliográfica realizada e partilha de saberes e experiências em cada contexto.

A elaboração do presente documento pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial especializada e da experiência profissional e pessoal;
- Comunicar os resultados da aprendizagem clínica e de investigação aplicada;
- Avaliar e adequar os diferentes métodos de análise de situações complexas, numa perspetiva académica avançada;
- Refletir criticamente abordando questões complexas da prática profissional, relacionadas com o contexto onde foi realizado o estágio;
- Espelhar o percurso realizado ao longo do estágio, apresentando as atividades que permitiram atingir os objetivos específicos traçados e desenvolvimento das competências previstas no plano de estudo para o enfermeiro especialista e para o mestre em enfermagem, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.

No que respeita ao aspeto estrutural deste relatório, para que a exposição das experiências vivenciadas seja sucinta e compreensível, o presente documento apresenta uma seção que

diz respeito ao trabalho de investigação desenvolvido ao longo do estágio, que assenta numa revisão sistemática sobre as medidas não farmacológicas para o controlo da dor. Posteriormente encontram-se as descrições dos locais de estágio e as intervenções realizadas, acompanhado de uma reflexão acerca das competências desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos do estágio, de forma clara e aprofundada da assistência desenvolvida, associada à fundamentação teórica. Para finalizar, é apresentada uma conclusão que representa uma reflexão integrativa sobre todo o processo desenvolvido.

CAPÍTULO I–REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivos: Identificar as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dor no doente crítico. Métodos: Revisão Sistemática da Literatura, realizada em Outubro de 2021, recorrendo às bases de dados MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL. Após aplicação dos critérios de exclusão, obtiveram-se 10 artigos que constituíram a amostra. Resultados: da análise dos artigos concluiu-se que os profissionais da área da saúde ainda se limitam a utilizar muito as medidas farmacológicas no controlo da dor, e desconhecem técnicas/medidas não farmacológicas que podem usar para trazer maior conforto ao doente. Considerações Finais: as evidências demonstraram que as medidas não farmacológicas complementam as convencionais trazendo efeitos positivos no alívio da dor. Confirma-se ainda a necessidade de se investir na formação dos profissionais, sobre a dor e as técnicas não farmacológicas utilizadas no seu controlo, aumentando deste modo a informação e consequentemente uma maior adesão a estas técnicas. Contribuindo para uma promoção de bem-estar e qualidade de vida, aos doentes que dela padecem.

Palavras-chave: conforto, controlo da dor, doente crítico, medidas não farmacológicas.

ABSTRACT

Objectives: To identify non-pharmacological measures used to control pain in critically ill patients. Methods: systematic literature review carried out in October 2021, using the MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL databases. After applying the exclusion criteria, 10 articles were obtained that constituted the sample. Results: from the analysis of the articles, it was concluded that health professionals are still limited to using pharmacological measures to control pain a lot and are unaware of non-pharmacological techniques/measures they can use to bring greater comfort to the patient. Final Considerations: evidence has shown that non-pharmacological measures complement conventional ones, bringing positive effects on pain relief. It also confirms the need to invest in training professionals on pain and the non-pharmacological techniques used in its control, thus increasing information and, consequently, greater adherence to these techniques. Contributing to the promotion of well-being and quality of life for patients who suffer from it.

Keywords: comfort, pain control, critically ill, non-pharmacological measures.

1.1- Medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dor

A dor afeta pessoas de todas as faixas etárias, independentemente do seu estado social, económico e cultural, e constitui uma experiência desagradável, transversal a todas as etapas do ciclo de vida. A dor produz sofrimento e comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial. Ainda que os avanços sobre a gestão da dor sejam notórios, esta continua a constituir uma problemática em crescimento, experienciada pela maioria dos doentes internados na UCI sendo referida como um dos agentes de stress mais comumente sentidos (Barr et al., 2013; Blenkarn et al., 2002; Joffe et al., 2013).

Conceptualmente falando, a Pessoa em situação crítica ou doente crítico constitui a pessoa com risco de ou com disfunção ou falência de órgãos ou sistemas, que para sobreviver necessita de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008). O doente crítico é aquele que está em situação aguda por doença ou lesão torna-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente e revela, assim, um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos (Benner et al., 2011). Por sua vez, a dor pode ser considerada “(...) *uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade*” (OE, 2008, p.11)

Por definição, existem dois tipos de dor, a saber, a aguda e a crónica. A dor aguda diz respeito à dor de curta duração e geralmente corresponde a um processo de tratamento não superior a 30 dias. Por sua vez, a dor crónica é aquela que persiste por mais de 6 meses após a lesão que lhe deu origem e depois de iniciado o processo de tratamento que pode ou não, estar associada a uma lesão aparente (Urden et al., 2014). Sendo a dor equiparada a um sinal vital, a sua avaliação e registo têm de ser feito de forma contínua e regular, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

Concomitantemente, Costa e colaboradores (2007) defendem que a avaliação da dor deve ser completa, abrangendo uma caracterização rigorosa que inclua a localização, intensidade, tipo de dor, início, duração e a variação ao longo do dia, fatores de alívio ou agravamento e sintomas associados. A este conjunto de informações podemos chamar “história da dor” (Batalha, 2016). Assim, a monitorização regular da dor é um fator fundamental no sucesso da sua gestão. Assim, o primeiro desafio no combate à dor é a sua correta avaliação (Gélinas et al., 2004).

É de notar que a Pessoa em situação crítica internada na UCI, apresenta níveis significativos de dor e desconforto provenientes de múltiplas fontes intrínsecas e extrínsecas (Li et al., 2008). De facto, *“os doentes críticos são particularmente vulneráveis à dor, no entanto o controlo da dor nem sempre é considerado uma prioridade para a equipa de cuidados”* (Alfarrobinha et al., 2013, p.13). Segundo McKinley et al. (2002), se o doente receber cuidados personalizados, se tiver as necessidades antecipadas e satisfeitas, torna-se possível diminuir a sua vulnerabilidade. Sabendo que a presença de dor aumenta a vulnerabilidade (Carel, 2009), gerir a dor e o bem-estar da Pessoa em situação crítica de forma diferenciada, por parte dos Enfermeiros especializados, é de extrema importância, sendo que para tal devemos, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, demonstrar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa, garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento no 124/2011, de 18 de fevereiro).

A dor afeta diferentes partes do corpo e tem diferentes níveis de intensidade, quando falamos de Pessoa em situação crítica, maioritariamente estamos perante a dor aguda que pode estar associada à sua patologia, trauma ou aos inúmeros procedimentos invasivos ou não invasivos a que a pessoa está sujeita. Os profissionais de saúde são os responsáveis por realizar a maior parte destes procedimentos dolorosos, mas, porém, necessários à recuperação destes doentes.

A gestão da dor requer esforços de toda a equipa, onde devem estar incluídos o doente e sua família (Yüceer, 2011). O alívio da dor é importante no cuidar do doente crítico, pois esta é um dos principais fatores stressores, podendo causar posteriormente diminuição do sono, memórias traumáticas, sofrimento a longo prazo (Sandvik et al., 2020), e nos casos de dor aguda esta potencia a produção de catecolaminas que causam aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e por conseguinte aumenta as demandas de consumo de oxigénio do miocárdio podendo causar isquémia, comprometendo o estado clínico dos doentes (Khalil, 2018).

A gestão da dor envolve não só a avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes e autónomas, farmacológicas e não-farmacológicas (Ferreira et al., 2014). No que diz respeito às intervenções farmacológicas estas podem ser divididas de acordo com a categoria de ação dos fármacos, sendo considerados os opióides fracos e fortes, os não opióides (anti-inflamatórios não

esteroides) e os adjuvantes, de que são exemplo os anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos, corticoides, reguladores do metabolismo do cálcio, relaxantes musculares, ansiolíticos e antiespasmódicos (Park & Kim, 2014). Ainda que os métodos farmacológicos sejam os mais utilizados no alívio da dor, estes métodos apresentam mais riscos potenciais para os doentes e mais custos para as entidades de saúde. A maioria dos estudos relata que a utilização de medidas farmacológicas combinadas com não farmacológicas, são um recurso importante na diminuição da dor, são intervenções simples, seguras, baratas e com menos efeitos adversos (Kidanemariam et al., 2020).

Podemos ainda considerar o uso de intervenções não-farmacológicas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008), as intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser usadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. Devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. As intervenções não farmacológicas são classificadas em físicas (como, termoterapia, exercício, massagem e estimulação elétrica transcutânea); cognitivo - comportamentais (como distração, imaginação guiada, reestruturação cognitiva, relaxamento, *biofeedback*, exercício) e de suporte emocional (como toque terapêutico e conforto) (OE, 2013). Estas intervenções podem ser benéficas para a PSC com dor na medida em que não possuem efeitos secundários e demonstram eficácia na gestão da dor. Não devem ser utilizadas como única forma de tratamento, mas sim como uma estratégia complementar às intervenções farmacológicas (OE, 2008; Urden et al., 2014). O investimento em intervenções não farmacológicas, dado serem um procedimento acessível e mais económico poderá ser um caminho a seguir (Gélinas et al., 2013).

O conforto e a dor

Sendo a gestão da dor uma parte significativa do conceito de conforto (Kolcaba, 2003) é de realçar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba como o quadro de referência de enfermagem. O termo conforto é, com alguma frequência, utilizado nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros, estando por norma relacionado com a dimensão física da pessoa (Apóstolo, 2009). O conforto pode ser definido como o nível imediato de estar fortalecido através de ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência tratadas nos quatro contextos de experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), como uma condição vivida pelas pessoas que recebem medidas de conforto (Kolcaba, 1994, 2003).

Kolcaba (2003) considerou o conforto de importância básica no continuum da prestação de cuidados. E contextualiza-o como um objetivo da enfermagem e como um estado relativo ao doente, destacando a importância de o compreender na multidimensionalidade do processo de cuidar. O conforto pode ser, por um lado, experienciado pela própria pessoa (ao ser entendido como um estado relativo de bem-estar ou como um resultado de cuidados específicos) e, por outro, pode ser considerado como um elemento de intervenção diferenciadora do enfermeiro no processo de cuidar. No entanto, é importante consciencializar que o estado de desconforto ou a percepção de conforto pelo doente, tem potencial de melhoria contínua na cadeia de prestação de cuidados de Enfermagem (Apóstolo, 2009).

Na teoria de Kolcaba, o conforto é visto como uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado no qual uma determinada necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu normal funcionamento. A tranquilidade corresponde ao estado de calma ou de satisfação e é necessária para que a pessoa tenha um desempenho eficiente na sua recuperação. Por seu lado, a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar e controlar o seu destino (Katharine Kolcaba, 2003). Os três estados de conforto definidos por Kolcaba desenvolvem-se em quatro contextos: físico (respeitante às sensações corporais), psicoespiritual (ou seja, à consciência de si mesmo, incluindo-se aqui a autoestima e o autoconceito), sociocultural (que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais) e ambiental (que envolve aspetos como a luz, o barulho, a temperatura) (Kolcaba, 2003).

Apesar da relação entre gestão da dor e conforto ser complexa, Kolcaba (2003) refere que o conforto é um termo lato onde a eficaz gestão da dor está incluída, sendo uma parte significativa desse conforto. Contrariamente ao conforto, a dor é descrita pela autora como um desconforto multidimensional que inclui componentes sensitivos, cognitivos e afetivos, referindo ainda que é uma sensação específica que ocorre no organismo com níveis de intensidade variáveis. O conforto é considerado uma causa ou um efeito do alívio do desconforto, um estado de tranquilidade e satisfação pacífica. Assim, para proporcionar conforto é necessário aliviar a dor, pois “o controlo e ausência de dor é considerado, muitas vezes, sinónimo de conforto, enquanto a presença e sensação de dor descreve, variadas vezes, o sentido da palavra desconforto” (Apóstolo et al., 2012, p.34). Para Kolcaba (Smith & Parker, 2015), os enfermeiros oferecem cuidados reconfortantes de forma intuitiva, todavia não documentam os seus efeitos sobre as pessoas como sendo

um cuidado de conforto aprimorado. Falta o reconhecimento de que os nossos cuidados podem ser intervenções reconfortantes. Na sua perspetiva, a intervenção de Enfermagem é a ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção (Apóstolo, 2009).

1.2 Metodologia

1.2.1 Aspetos Éticos

Este tipo de pesquisa não envolveu seres humanos, não sendo necessário passar por uma apreciação de uma comissão de ética. Contudo, seguiu-se as regras da boa condução científica, pautadas pelo rigor na referenciação e respeito pela perspetiva dos autores.

1.2.2-Tipo de Estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática guiada pelas recomendações de Joanna Briggs Institute. O seu desenvolvimento é indicado para ser precursor de uma revisão sistemática, identificar os tipos de evidências disponíveis num determinado campo, analisar lacunas de conhecimento, examinar como a pesquisa é realizada, identificar e esclarecer as principais características ou fatores relacionados a um conceito/definições na literatura.

1.2.3-Procedimentos Metodológicos

A síntese de evidências sob a forma da revisão sistemática está no centro da prática baseada em evidência (Pearson et al., 2005). Após a elaboração da questão de investigação segundo a estratégia PICO e de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute, foram definidos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa de estudos.

Na formulação da questão de investigação e para a definição de critérios de inclusão utilizou-se o método designado de PICO (tabela 1), a partir do qual se construiu o processo de identificação e seleção dos estudos. Com relação à busca e seleção dos estudos, estabeleceu-se a seguinte questão: Quais as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dor no doente crítico?

Tabela 1

Método PICO aplicado ao estudo

Acrónimo	Definição	Descrição
P	Paciente/Problema	Adulto com dor
I	Intervenção	Medidas não farmacológicas
C	Controlo/comparação	Não aplicável
O	Outcome	Controlo da dor

1.2.4 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Posteriormente segue-se o processo de amostragem, na qual são estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão apresentados no Tabela 2.

Para a seleção dos estudos foram delineados os seguintes critérios de inclusão: a) idioma – os estudos devem estar redigidos em inglês, português ou espanhol; b) os resultados dos estudos devem refletir os efeitos de intervenções não farmacológicas do enfermeiro no controlo da dor; c) população constituída por adultos diagnosticados com dor em qualquer contexto. Nenhuma restrição ao nível do design do estudo foi delineada.

Por conseguinte, os estudos selecionados foram analisados quanto aos seguintes critérios de exclusão: a) documentos publicados antes de 2015; b) questões metodológicas - estudos apresentem as medidas não farmacológicas para o controlo da dor em paciente crítico.

Tabela 2*Critérios de inclusão e exclusão*

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
1ª fase de pesquisa (aplicação de critérios no motor de busca)	<ul style="list-style-type: none">• Artigos disponíveis online de forma integral;• Artigos em português e inglês.	<ul style="list-style-type: none">• Documentos anteriores a 2015.
2ª fase de pesquisa (adequação do título e resumo)	<ul style="list-style-type: none">• Dor e conforto;• Doente crítico;• Medidas não farmacológicas.	<ul style="list-style-type: none">• Artigos repetidos;• Documentos escritos numa língua diferente à dos critérios de inclusão;
3ª fase de pesquisa (leitura integral)	<ul style="list-style-type: none">• Estudo responde às questões de investigação.	<ul style="list-style-type: none">• Estudo não responde às questões de investigação.

A identificação e seleção inicial dos estudos foram realizadas com recurso às palavras-chave pesquisadas e validadas no MeSH e no DeCS.

1.2.4.1 - Recolha e organização dos dados

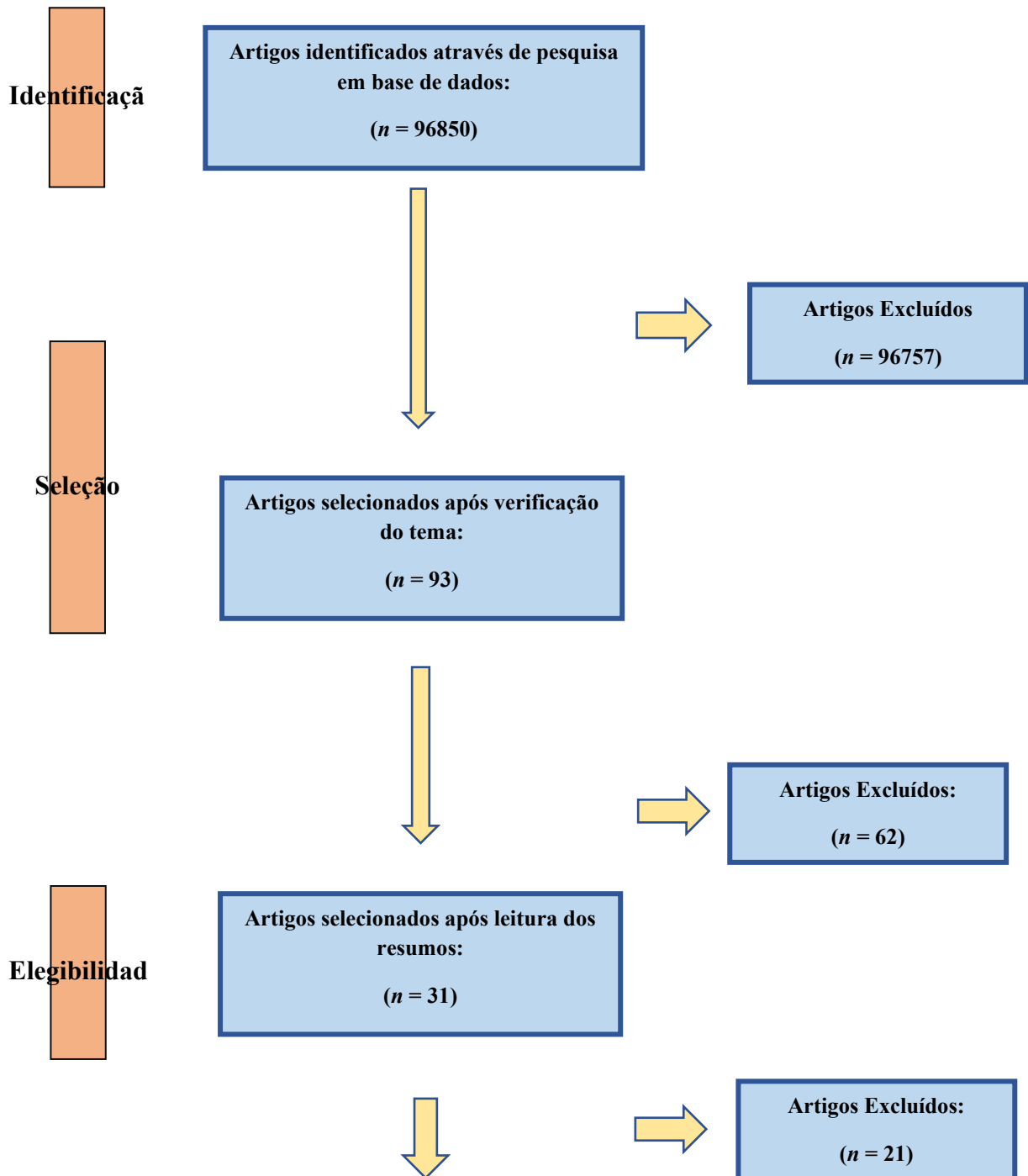
A pesquisa foi realizada em outubro de 2021, em bases de dados como: MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL, utilizando como descritor *conforto, cuidados críticos, dor e terapias alternativas*, os mesmos foram confirmados no MESH e no DeCS. Numa primeira fase de pesquisa, utilizando como limitador os anos de publicação, e restringida de 2015 a 2021, obtivemos 96850 artigos, após a primeira exclusão ficaram 93, com a segunda 31, e por último, após leitura e análise integral, foram selecionados 10 (ver Figura 1).

Posteriormente procedeu-se à organização, sumarização e categorização dos artigos apresentada no Tabela 2. Relativamente à classificação do nível de evidência, a mesma

foi realizada através do New Joanna Brigs Institute Levels of evidence, que permite fazer um julgamento preliminar da qualidade metodológica e do rigor da

Figura 1

Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Inclusão

Artigos selecionados após leitura
integral dos artigos:

(*n* = 10)

evidência. A pesquisa foi levada a cabo por dois revisores de forma independente, selecionados os artigos e sistematizados em conjunto. As discordâncias foram discutidas com toda a equipa de investigação.

1.3 -Análise dos Resultados

A Pessoa em situação Crítica internada na UCI apresenta níveis significativos de dor e desconforto provenientes de múltiplas fontes intrínsecas e extrínsecas (Li et al., 2008). Segundo McKinley et al. (2002), se o doente receber cuidados personalizados, se tiver as necessidades antecipadas e satisfeitas, torna-se possível diminuir a sua vulnerabilidade. Sabendo que a presença de dor aumenta a vulnerabilidade (Carel, 2009), gerir a dor e o bem-estar da PSC de forma diferenciada, por parte dos enfermeiros especializado, é de extrema importância, sendo que para tal devemos, identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, demonstrar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da Pessoa em situação crítica, garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento no 124/2011, de 18 de fevereiro). Desta forma, presente estudo pretende, principalmente, sumarizar e sistematizar as evidências quanto às medidas não farmacológicas para o controlo da dor em pacientes com dor crítica. O resumo dos dados extraídos dos estudos selecionados para a presente revisão sistemática encontra-se na tabela 3.

Os estudos de revisão incluídos demonstram que as técnicas mais utilizadas para alívio da dor no adulto em UCI foram a acupuntura, aquecimento ativo e electroestimulação transcutânea (TENS) (Pak et al., 2015), assim como a música e a massagem terapêutica (Martorella, 2019). O uso de técnicas como a hipnose, acupuntura, compressas de gelo, sons naturais, exercício passivo e a música de harpa, assim como uso de massagem simples, a família presente (Sandvik et al., 2020), musicoterapia (Golino et al., 2019;

Sandvik et al., 2020) e distração são também medidas relatadas como relevantes para o controlo da dor no adulto com dor crítica (Sandvik et al., 2020). Referido pela Martorella (2019) uma tendência recente é o uso de intervenções combinadas e o envolvimento da família. De facto, a família desempenha um papel determinante na vida desde a infância à idade geriátrica, sendo fundamental o seu envolvimento nos cuidados. Neste sentido, os familiares mais próximos são parceiros na prestação de cuidados, cabendo ao enfermeiro apoiá-los no seu papel, provendo-os de conhecimentos e habilidades para que possam gerir autonomamente os processos de saúde/doença com vista ao controlo da dor. Ademais, uma das boas práticas recomendadas pela OE (2003) passa pelo envolvimento da pessoa, cuidador e família na definição e reajuste do plano terapêutico. Ainda que várias técnicas não farmacológicas tenham sido demonstradas como uteis na redução ou controlo da dor, segundo Silva et al. (2019) e Khalil (2018), existem diversas barreiras que dificultam os cuidados, como a dificuldade de entender uma escala da dor, a incapacidade de comunicar com o doente, a sobrecarga de trabalho que causa um distanciamento do doente, sendo, portanto, uma melhoria ao nível da formação continua dos profissionais, de modo a capacitá-los para interpretar sinais e sintomas transmitidos pelos doentes e diminuir o desconforto. Por conseguinte, Silva et al. (2019) chegaram à conclusão que os profissionais da área, como enfermeiros, limitam-se ao uso dos meios farmacológicos como via para o alívio da dor nos pacientes, desconhecendo também técnicas que podem ser utilizadas para levar a um maior conforto do paciente.

Os estudos empíricos incluídos presentes estudos ($n = 4$) demonstram que as medidas não farmacológicas parecem ter um impacto positivo no controlo da dor em adultos com dor crítica (Atílio et al., 2021; Golimo et al., 2019; Jacq et al., 2018; Sayılan & Kulakaç, 2020). Especificamente, a musicoterapia parece ser a técnica implementada com maior frequência, tendo a música demonstrado um efeito de redução a intensidade da dor, ansiedade, frequência cardíaca e respiratória nos doentes em cuidados intensivos (Golimo et al., 2019). Jacq et al. (2018) acrescenta que música com maior percentagem de sucesso foi a música clássica. De facto, as intervenções que envolvem a escuta musical estão entre as intervenções não farmacológicas mais amplamente utilizadas e demonstraram reduzir o estresse e a ansiedade, a dor, depressão e sentimentos de isolamento em cuidados intensivos pacientes (Korhan et al., 2011; Wilkins & Moore, 2004). Por outro lado, a unidade de terapia intensiva é um ambiente barulhento para os pacientes, excedendo os limiares do recomendado, podendo afetar dor, níveis de ansiedade e qualidade do sono. Portanto, torna-se importante proporcionar condições de repouso adequadas aos

pacientes, estar ciente o potencial de ansiedade e que esses fatores sejam levados em consideração ao planejar intervenções de enfermagem (Sayılan & Kulakaç, 2020).

Tabela 3

Resumos dos dados extraídos dos estudos selecionados para a revisão sistemática

Autor (ano)	País	Design	Objetivo	Nível de evidência JBI	Desfechos
Pak et al. (2015)	Austrália	Revisão de Literatura	Identificar as medidas complementares e terapias alternativas que podem melhorar a prática atual e reduzir o uso de intervenções farmacológicas na prática paramédica.	Nível 7	<ul style="list-style-type: none">- A paramedicina deve considerar as terapias complementares que podem ser usadas para alívio da dor, reduzindo potencialmente a dependência de medicamentos farmacológicos;- Se eficaz, vai reduzir os custos e vai trazer melhores resultados para os doentes e menos reações adversas;- As técnicas mais utilizadas foram a acupuntura, aquecimento ativo e TENS (electroestimulação transcutânea).
Jacq et al. (2018)	França	Estudo experimental	Avaliar o efeito da música na experiência da dor em doentes ventilados mecanicamente durante o banho no leito.	Nível 1c	<ul style="list-style-type: none">- A intervenção musical simples foi associada a uma redução da intensidade da dor nos doentes em UCI;- A música com maior percentagem de sucesso foi a clássica.
Khalil (2018)	Egipto	Estudo exploratório descritivo	Identificar as barreiras à prática dos métodos não farmacológicos na gestão da dor, e incorporar	Nível 4c	<ul style="list-style-type: none">- As medidas mais usadas foram alternância de decúbito e o uso de alguns dispositivos de conforto;- Os enfermeiros relatam barreiras a aplicação de medidas não farmacológicas, tais como, pouco conhecimento sobre o

			intervenções teóricas e práticas no controlo da dor nos currículos de enfermagem.		tema, tempo inadequado, grande carga de trabalho, instabilidade dos doentes e incapacidade de comunicação com os doentes; - Necessidade de formação contínua sobre o tema, explorar as barreiras identificadas eliminando algumas.
Martorella (2019)	EUA	Scoping Review	Identificar quais as intervenções não farmacológicas usadas em doentes adultos numa UCI, e quais as suas características.	Nível 1b	- Das intervenções estudadas, as mais usadas para alívio da dor no adulto em UCI foram, a música e a massagem terapêutica; - Uma tendência recente é o uso de intervenções combinadas e o envolvimento da família; - Futuramente aprofundar os estudos sobre o tema, de modo a fornecer mais evidências sobre a viabilidade, aceitabilidade e os benefícios para os doentes.
Sandvik et al. (2020)	Noruega	Scoping Review	Descrever o que é conhecido na literatura sobre intervenções não farmacológicas direcionadas ao controlo da dor no doente em UCI.	Nível 1b	- Os resultados sugerem que a hipnose, acupuntura, compressas de gelo, sons naturais, exercício passivo e a música de harpa podem ser integradas em cuidados intensivos; - O uso de massagem simples, a família presente, musicoterapia e distração são também medidas relevantes para estes doentes; - Os enfermeiros estão perto dos doentes por períodos longos e a sua capacidade de avaliar a dor e identificar os sintomas é essencial para fornecer o tratamento ideal a estes doentes;

					- O tratamento da dor é um empreendimento interdisciplinar, onde os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação, reavaliação, gestão e documentação.
Silva et al. (2019)	Brasil	Revisão integrativa	Identificar quais as intervenções não farmacológicas que o enfermeiro pode utilizar para diminuir a dor e aumentar o conforto do paciente em terapia intensiva.	Nível 7	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de escalas da dor; - Existência de barreiras que dificultam os cuidados, como a dificuldade de entender uma escala da dor, a incapacidade de comunicar com o doente, a sobrecarga de trabalho que causa um distanciamento do doente; - Formação continua dos profissionais, de modo a capacitá-los para interpretar sinais e sintomas transmitidos pelos doentes e diminuir o desconforto; - Envolver toda a equipa multidisciplinar no processo de recuperação do doente
Golino et al. (2019)	EUA	Estudo experimental	Examinar o efeito da musicoterapia no controlo da dor e da ansiedade em doentes numa UCI.	Nível 1c	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções não farmacológicas como a musicoterapia estão a ser implementadas; - A música tem reduzido a intensidade da dor, ansiedade, frequência cardíaca e respiratória nos doentes em cuidados intensivos.
Kidanemariam et al. (2020)	Eritreia	Estudo transversal descritivo	Avaliar a utilização de métodos não farmacológicos por enfermeiros na dor pós-operatória e as barreiras à sua implementação.	Nível 4c	- Os estudos relatam barreiras na utilização de medidas não farmacológicas, como a falta de conhecimento sobre o tema e a falta de experiência;

					- Recomenda-se a formação dos profissionais, a fim de conhecer os benefícios das medidas não farmacológicas no controlo da dor pós-operatória do doente.
Sayılan & Kulakaç (2020)	Turquia	Estudo descritivo e observacional	Determinar a relação entre o ruído e os níveis de dor e ansiedade nos doentes de uma UCI.	Nível 4c	- Prevenção e protocolos de redução devem ser desenvolvidos para combater o ruído em UTIs, e a exposição do paciente ao ruído deve ser minimizada
Atilio et al. (2021)	2021, Brasil	Estudo exploratório	Descrever a presença de dor, as suas características e formas de enfrentar para os idosos com idade superior a 80 anos.	Nível 4c	- A maioria dos idosos relata a presença de dor em diferentes partes do corpo, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio, com bons resultados; - Quanto á localização da dor, a maioria refere nos membros inferiores e na coluna; - As medidas não farmacológicas neste tipo de população são importantes, de modo a reduzir a utilização de medicamentos e dos seus efeitos indesejáveis.

1.4 - Considerações Finais

As evidências demonstraram que as medidas não farmacológicas complementam as convencionais trazendo efeitos positivos no alívio da dor, emergindo deste modo, a necessidade de otimizar as intervenções na pessoa com dor, incentivando a utilização de mais medidas não farmacológicas por parte dos enfermeiros com vista ao conforto da pessoa.

Perante os resultados, importa ainda salientar a necessidade de formar não só os enfermeiros como os restantes profissionais de saúde, sobre a dor e as técnicas não farmacológicas utilizadas no seu controlo, bem como proporcionar condições para a sua aplicação, de modo a fazer parte integrante do cuidar do doente crítico com dor. Desta forma aumenta-se a informação e conseqüentemente promove-se uma maior adesão a estas técnicas, contribuindo para uma melhoria de bem-estar, conforto e qualidade de vida dos doentes.

**CAPÍTULO II – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
EM CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA**

2.1 – Contexto de Estágio

2.1.1 - Serviço de Urgência (Creditado)

No estágio referente ao contexto de urgência, concretamente prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, família-vigilância e decisão clínica foi pedida a obtenção de creditação, por ter mais de três anos de experiência nesse contexto.

O funcionamento dos Serviços de Urgência (SU) tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). São considerados “a porta de entrada” dos hospitais, encontrando-se os Enfermeiros na linha da frente na receção do doente. Devido às falhas nas respostas nos cuidados de Saúde Primários, verifica-se uma afluência crescente da população e um aumento das exigências de qualidade a par da necessidade da redução de custos (Brazão, Maria da Luz et al, 2016).

Considera-se uma urgência hospitalar, no Despacho Normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde, citado pela Entidade Reguladora da Saúde (2009) um local onde são abordadas “(...) situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata.” – cfr. n.º 3 do art. 1.º do referido. Estes serviços são constituídos por equipas multidisciplinares, capacitadas para dar resposta às necessidades tão específicas dos mesmos. Os Enfermeiros são o grupo profissional que existem em maior número no serviço de urgência, desempenhando um papel crucial no atendimento à pessoa em situação crítica.

Segundo o Regulamento n.º 124/2011, p. 8656 citado pela OE (2017) verifica-se, que “os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” .

Desta forma, a OE (2017) considera que o Enfermeiro Especialista é aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as

respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Desta forma, os Enfermeiros Especialistas são preciosos nos serviços de urgência, e devem existir em número suficiente de forma a dar resposta às necessidades específicas deste serviço.

O contexto em que obtive creditação por ter experiência profissional foi na Emergência Pré-hospitalar. A atuação predominante do Enfermeiro nesta área é prestar cuidados em emergência médica em meios de Suporte Imediato de Vida, Veículos de Emergência e Reanimação e Serviço de Helicópteros de Emergência Médica. A população alvo na Emergência, vai desde o recém-nascido, crianças, adulto e idosos. As principais competências que desenvolvi ao longo dos anos foram a prestação de cuidados à pessoa em situação de emergência, a antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, respeitando os protocolos definidos para cada situação e gerindo a administração de terapêuticas complexas. Permite-me ainda, efetuar gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica, gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica perante a pessoa e família em situação crítica, gestão de cuidados de Enfermagem em situações de emergência e catástrofe, conhecimentos específicos na área da infeção hospitalar.

2.2 – Instituto Nacional de Emergência Médica - Unidade de Planeamento de Eventos, Protocolos de Estado, e Gestão de Crise

Paralelamente aos cuidados de saúde de urgência, surge o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), que é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. O INEM é o órgão coordenador de uma valência de saúde que é uma nova conceção de cuidados de saúde, caracterizado por um conjunto de ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares (INEM, 2011).

As principais funções do INEM são, a prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários

intervenientes do Sistema. O INEM pode ser acionado através do Número Europeu de Emergência, nomeadamente o 112, dispondo de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica (INEM, 2010). Para prestar um serviço eficaz de socorro às vítimas de doença súbita ou acidente, o INEM disponibiliza vários tipos de serviços para diferentes tipos de situações de emergência médica. Assim sendo, tem em funcionamento o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), o Centro de Orientação de Doentes Urgentes para situações ocorridas no mar (CODU-Mar), o Centro de Informação Antivenenos (CIAV) e o Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco (INEM, 2011).

O CODU diz respeito a Centrais de Emergência Médica responsáveis pela medicalização do Número Europeu de Emergência - 112. Na prática são transferidos para os CODU os pedidos de socorro efetuados por aquela via, referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde. O seu funcionamento é assegurado ao longo das 24 horas do dia por uma equipa de profissionais qualificados (médicos e operadores) com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. Compete aos CODU atender e avaliar, no mais curto espaço de tempo, os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso. Para o efeito dispõem de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e rentabilizar os meios humanos e recursos técnicos existentes. Neste contexto, os CODU coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (ambulâncias de socorro, ambulâncias de suporte intermédio de vida, viaturas médicas e helicópteros) selecionados com base na situação clínica das vítimas, com o objetivo de prestar o socorro mais adequado no mais curto espaço de tempo. Em suma, selecionam e mobilizam de forma criteriosa os recursos necessários a cada caso. Asseguram ainda o acompanhamento das equipas de socorro aquando da sua atuação no terreno e, de acordo com as informações clínicas recebidas, é ainda possível selecionar e preparar a receção hospitalar dos doentes, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos da Unidade de Saúde de destino. (INEM, 2011).

2.2.1- Caracterização Física e Organizacional

O INEM é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de

Emergência Médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de emergência médica no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM. Através do número europeu de emergência - 112, o INEM dispõe de múltiplos meios para responder com eficácia a situações de emergência médica (INEM, 2022). O INEM tem como principal atribuição *“definir, organizar e coordenar as atividades e o funcionamento do SIEM, assegurando a sua articulação com os serviços de urgência e ou emergência nos estabelecimentos de saúde (...) e garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde.”* (INEM, 2022)

O conceito de emergência médica pré-hospitalar é pluridisciplinar e reúne a atuação de diversos meios, humanos e materiais, que exigem uma adequada coordenação de modo que todo o sistema seja eficaz e eficiente. Este conceito, concretiza-se como uma atividade de saúde, pois todos os recursos de que dispõe, têm uma única meta a alcançar: preservar a vida e minimizar as consequências nefastas para a vítima e para a comunidade que a rodeia. A emergência médica é um sector de prestação de cuidados de saúde com características muito especiais. No caso de Portugal, o SIEM é, segundo o relatório de Julho de 1999 do Standing Committee of the Hospitals of the European Union, um conjunto de meios e ações pré-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, com intervenção das várias componentes da comunidade (...) que tem como objetivo promover a maior rapidez e eficiência nas ações de emergência, com maior economia de meios, em situações de doença, acidente ou catástrofe, onde a demora das medidas adequadas de diagnóstico e tratamento pode produzir graves danos para o doente. (Guerra, 2002)

A UPPEC, foi implementada a dia 7 de Outubro de 2015 na deliberação N.º 23/2015, pelo conselho diretivo do INEM. Esta é uma unidade funcional no Departamento de Emergência Médica (DEM), criada com o objetivo de colmatar o aumento do volume de trabalho no âmbito do Planeamento de Eventos, Protocolos de Estado e Gestão de Crise.

Tem como áreas de intervenção e atividades:

- **Planeamento de Eventos e Mass Gathering:** gestão e coordenação de eventos e situações de Mass Gathering;

- **Protocolo de Estado:** gestão e coordenação da proteção em saúde a altas entidades, no âmbito do Protocolo de Estado; Visitas Oficiais de Estado; Acompanhamento de Membros do Governo em funções; Protocolo VIP;
- **Gestão de Crises:**
 - I – Situações de Exceção/ Acidente Grave/ Catástrofe: gestão e coordenação de situações de crise e exceção (planeamento/ pareceres técnicos/ grupos de trabalho/ coordenação);
 - Assegurar em estreita articulação e colaboração com o gabinete de investigação científica, relações internacionais e supervisão no contexto nacional o posto de controlo INEM;
 - II – Gestão de outras situações de crise: gestão e coordenação de outras situações de crise por deliberação ou indicação expressa do conselho diretivo do INEM;
- **Apoio a Forças de Segurança:** gestão e coordenação de Operações de Apoio às Forças de Segurança, nomeadamente Incidentes Tático Policiais e outras situações no âmbito do *Security*.

Esta unidade é composta pelos seguintes elementos:

- 1 Coordenador Especialista em proteção civil e gestão de crise;
- 1 Enfermeiro Especialista da área do doente crítico;
- 2 Enfermeiros;
- 2 Técnicos de Emergência pré-hospitalar;
- E quando é necessário existe uma bolsa de Enfermeiros externos para situações que careçam de mais recursos humanos.

2.2.2 - Análise do desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista

Defini como objectivo geral desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de Enfermeiro Especialista à pessoa e família em situação crítica num contexto de emergência pré-hospitalar. Segundo Pinheiro (2017), o Enfermeiro especialista que atua em contexto de emergência pré-hospitalar integra todos os meios

do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) e desempenha um papel essencial ao responder prontamente através de um raciocínio célere, assertivo e ético, envolto numa relação de ajuda, humanística e com um sentido de altruísmo intrínseco, enfatizado pela realização de procedimentos salva-vidas a toda a comunidade, para que o benefício da sua intervenção clínica precoce, em conjunto com a equipa multidisciplinar, garanta uma prática de excelência. A minha experiência profissional de 5 anos, enquanto Enfermeiro no INEM, com desempenho de funções na Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), ajudou-me a ter alicerces para a concretização deste objetivo, pois permite-me uma visão mais abrangente e aprofundada da realidade do Pré-hospitalar. Em 2007, integrado no Processo de Requalificação das Urgências, promovido pelo Ministério da Saúde, é criado este novo meio de assistência diferenciada em emergência pré-hospitalar. Sediadas em locais estratégicos definidos pelo Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Administrações Regionais de Saúde e autarcas de vários concelhos. Segundo Oliveira (2011) os Enfermeiros com desempenho de funções na SIV têm por principal função a prestação de cuidados de emergência médica de acordo com os protocolos instituídos pelo INEM e as orientações da Direcção Médica do serviço. Compete-lhe chefiar a ambulância, coordenada operacionalmente pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).

A aquisição de competências aliadas à formação contínua e à autoformação foram determinantes para a construção do meu perfil enquanto Enfermeiro especialista, de forma a evidenciar um nível aprofundado de saberes neste campo de ação, permitindo atuar de forma assertiva, mobilizando conhecimentos e atuando na resolução de problemas perante situações novas, de forma autónoma em contextos diferenciados. No que diz respeito ao objetivo específico de desenvolver competências específicas de Enfermeiro especialista na prática dos cuidados à pessoa e família no contexto de emergência, exceção e catástrofe, este também foi atingido com sucesso.

Segundo a OE (2010, p.3), o Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação crítica tem como competência específica “*dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência com multivítimas, da conceção à ação*”. Desta forma, a Enfermagem à pessoa em situação crítica surge como a área de especialização mais direcionada para fazer face a estas situações, devendo os profissionais serem detentores de formação humana, técnica e científica que lhes propicie uma resposta especializada e eficaz em contextos de maior complexidade (Godinho, 2018).

Entende-se por Catástrofe, um acidente natural ou provocado pelo homem, do qual resulta um elevado número de vítimas, originando um desequilíbrio entre o número de feridos e a capacidade de resposta dos serviços de socorro. (INEM, 2010).

Em Portugal, o organismo responsável por planear, coordenar e executar a política portuguesa de Proteção Civil é a Autoridade Nacional de Proteção Civil. Neste sentido, e de acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº 27/2006 de 3 de Julho no seu artigo 43º, o seu objetivo é: “*prevenir os riscos colectivos e a ocorrência de acidente grave ou de catástrofe deles resultantes; atenuar os riscos colectivos e limitar os seus efeitos; socorrer e assistir as pessoas e outros seres vivos em perigo, proteger bens e valores culturais, ambientais e de elevado interesse público e apoiar a reposição da normalidade da vida das pessoas em áreas afectadas por acidente grave ou catástrofe*”.

Para Alfred et al., (2015), a Enfermagem é o maior grupo de prestadores de cuidados de saúde, pelo que, todos os enfermeiros devem demonstrar competência e um conjunto de habilidades de enfermagem de catástrofe. Diversos estudos sugerem incluir formação em gestão de catástrofe no currículo de enfermagem, proporcionando aos enfermeiros a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área (Al Thobaity, Labrague *et al.*, 2016 e Santos *et al.*, 2021).

Coloquei em prática as aptidões adquiridas através de diversos eventos (Final da liga dos campeões, Apoio ao jogo do Sporting Campeão, Cimeira Social Europeia, Final da Taça de Portugal e vários exercícios em ambiente tático policial com o grupo de operações especiais da Polícia de Segurança Pública). Estas experiências permitiram-me desenvolver conhecimentos na área do planeamento e resposta a situações de catástrofe, bem como a gestão dos cuidados de emergência.

No decorrer da minha intervenção no Jogo do Sporting, devido á existência de um cenário de multivítimas, houve necessidade de organizar as equipas de forma a atuar corretamente perante a situação de crise evidente. Segundo Silva (2019, p. 17) considera-se uma situação de exceção, “*um contexto de prestação de cuidados de emergência médica, quando se verifica um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis, o que condicionará a atuação das equipas de emergência médica*”.

Segundo Oliveira e Galinha (2015, p.18) citado pela DGS, “*Eventos com massas ou multidões (Mass Gatherings) podem ser definidos de acordo com número de pessoas (mais de 1000 pessoas, embora grande parte da literatura disponível descreva*

encontros de dimensão superior a 25 000 pessoas) num local específico, para uma finalidade específica, por um período definido no tempo”. Sendo ainda sub-categorizados pelo INEM (2013) Categoria tipo 1: eventos de curta duração (< 6 horas), localizados em um espaço confinado, em que os espetadores estão todos sentados (ex. jogos de futebol, concertos musicais); . Categoria tipo 2: eventos de maior extensão no tempo (> 1 dia), com várias localizações ao longo dos dias, em que os espetadores estão em pé e mobilizam-se de um espaço para outro (ex. feiras).

Desta forma, foi necessário recorrer á utilização da triagem de multivítimas no Jogo de futebol (Evento mass gatherings). Segundo o INEM (2012 p. 17) a Triagem é *“um sistema utilizado por pessoal médico e de emergência para racionalizar recursos médicos limitados quando o número de vítimas a necessitar de apoio excede os recursos disponíveis para as tratar”*. Em Portugal o sistema de triagem primária instituído numa situação de exceção/catástrofe é o sistema START (Simple Triage And Rapid Treatment), tendo sido este método utilizado no jogo de Futebol em questão. É um método de triagem que foi desenvolvido em 1983, na Califórnia, com o objetivo de melhorar a rotina de utilização massiva dos serviços de Urgência , tendo sido posteriormente atualizado, em 1994. Segundo alguns autores, o START é descrito como o melhor método de estratificação de vítimas e também o mais utilizado em todo o mundo (Valentim et al., 2014).

Deste modo, após colocar em prática a triagem START, consegui intervir da seguinte forma: Priorizei a assistência precoce; a utilização de manobras de life-saving; a determinação do nível de urgência; organização de recursos; a documentação de vítimas; o controlo do fluxo de vítimas; o estabelecimento de áreas de prestação de cuidados ou vigilância e a distribuição dos vários profissionais por essas áreas de assistência.

É de salientar que este tipo de eventos (mass gatherings) requerem todo um trabalho de planeamento prévio, de forma a permitir o elo de ligação entre todas as entidades intervenientes no processo. São promovidas reuniões antempadas, discutidos os planos de intervenção e definidas estratégias de atuação, de forma a garantir o sucesso das operações desencadeadas.

Ao Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, colocam-se novos desafios e uma enorme responsabilidade para com o indivíduo, comunidade e sociedade. Este deve proporcionar um novo contributo da Enfermagem no cuidar,

no propósito de apoiar ou antecipar as situações de transição, sejam elas um acidente, uma situação de exceção, um desastre ou uma catástrofe (Oliveira e Galinha, 2015). No que diz respeito ao objetivo de desenvolver competências de liderança em equipa e gestão em situação de crise, foi atingido com sucesso, nomeadamente através das intervenções que desempenhei enquanto Enfermeiro, nos eventos supracitados. Permitiu-me liderar em diferentes cenários, através das seguintes intervenções (Guia para a Liderança em Ambientes de Crise, 2020):

- Adotando uma postura calma e evidenciando autocontrolo, o que permitiu transmitir coragem, capacidade de lidar com a pressão e com a frustração, e ao mesmo tempo, clareza nas indicações fornecidas;
- Colocando a crise num quadro de referência, de controlo relativo, apontando factos, considerando os riscos e permanecendo positivo no percurso para a sua superação, o que permitiu o incentivo à produtividade;
- Ouvindo e motivando as pessoas e as equipas, partilhando informação e trazendo-as para a realidade vivida, de modo a transformar agentes potenciais de problemas em agentes de soluções;
- Promovendo uma comunicação empática e atitudes e práticas cooperativas;
- Estabelecendo prioridades.

A liderança na área da saúde tem sido amplamente estudada, nomeadamente, na atuação de equipas de reanimação e trauma perante situações de emergência, quer a nível intra-hospitalar, quer a nível da emergência extra-hospitalar, onde se exige uma *“avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.10759).

O exercício de gestão das situações e liderança das equipas de socorro pré-hospitalar pelo enfermeiro exige competências especializadas no cuidado à Pessoa em situação crítica, uma vez que mantém a função de prestação direta de cuidados técnicos de alta complexidade bem como de competências de enfermeiro Gestor, assegurando a gestão e qualidade dos cuidados prestados (Mota, *et al.*, 2020).

Como apreciação global do estágio realizado na Unidade de Planeamento de Eventos de Risco, Protocolo de Estado e Gestão de Crises (UPPEC), posso assumir que o projeto por mim delineado e os objetivos propostos a atingir enquanto enfermeiro especialista quer na área de competências comuns, quer nas competências específicas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, foram atingidos.

Este estágio foi para mim um momento onde o saber teórico foi mobilizado para o contexto da prática, permitindo-me adquirir conhecimentos e competências necessárias às intervenções autónomas e interdependentes, num serviço tão específico como a UPPEC, adaptando a minha realidade com a realidade de ser enfermeiro num serviço tão próprio e específico, por trabalhar em ambientes e contextos diferentes da minha prática.

Em simultâneo com a realização dos estágios e durante a realização do relatório do mestrado, frequentei os seguintes cursos:

- Formação de Formadores de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador automático externo através do INEM (ANEXO I);
- Sessão webinar com o tema: “Enfermagem em contexto do Serviço de Urgência/Emergência - Que mudanças?” pela Ordem dos Enfermeiros (ANEXO II);
- Suporte Avançado de Vida pelo INEM (Anexo III);
- Recertificação do curso SIV Enfermeiros pelo INEM (ANEXO IV);
- Curso Inicial para Operacionais do Portuguese Emergency Medical Team pelo INEM (ANEXO V);

A formação supracitada, permitiu-me dar continuidade a duas vertentes importantíssimas, nomeadamente a manutenção constante de conhecimentos nas áreas referidas e também a transmissão contínua de saberes a outros Enfermeiros e demais profissionais de saúde.

De uma forma geral posso dizer que o Enfermeiro Especialista na área do doente crítico, tem uma responsabilidade muito importante na UPPEC, que vai desde o planeamento de uma situação de catástrofe ou exceção, quer a nível da preparação e manutenção de todo o equipamento de Suporte Avançado de Vida (SAV), elaboração de protocolos de atuação nos diversos cenários encontrados, onde o enfermeiro na maioria das vezes trabalha sozinho, sob orientação de protocolos clínicos e com um médico regulador, apenas, na central do CODU.

Para concluir esta etapa, posso afirmar que este estágio contribuiu muito para a minha prática profissional na área do pré-hospitalar na vertente de situações de exceção e catástrofe enquanto futuro Enfermeiro Especialista.

2.3 - Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica

Definida como uma área multidisciplinar e diferenciada, que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível,

em doentes caracterizados como Pessoa em situação crítica, a Medicina Intensiva (MI) tem cada vez mais um papel importante no tratamento do doente agudo grave e está cada vez mais presente nas instituições hospitalares, muito pela colaboração com outras especialidades médicas (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018). Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) estão destinados à observação e tratamento de doentes em situação crítica, mas potencialmente reversível, que carecem de monitorização e apoio das funções vitais e de tratamento em horário contínuo pela equipa médica e de enfermagem (Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2013). Sendo ambientes dotados de características muito próprias, as UCI são espaços autónomos, com recursos humanos, estruturas próprias e individualizadas, onde para além de se dominarem as técnicas próprias dos cuidados intensivos, desenvolvem-se metodologias e praticam-se atitudes, gestos e procedimentos, conformes ao estado da arte, que possibilitam a melhor orientação dos doentes graves. Segundo Vieira (2021) a UCI presta cuidados a doentes que necessitam de cuidados imediatos e diferenciados com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas, prever possíveis complicações e limitar as incapacidades.

As UCI requerem dos seus profissionais a qualificação, conhecimentos específicos, capacidade de tomada de decisão e cuidados em tempo útil, visto que a instabilidade hemodinâmica destes doentes está presente de uma forma mais ou menos constante. Os Enfermeiros destas unidades ocupam um papel fulcral nos momentos de fragilidade, de dependência física e psicológica dos doentes/família, atuando muitas vezes no limiar entre a Pessoa e a tecnologia, pelo que necessitam de ter habilidades e competências que lhes permitam desempenhar eficaz e adequadamente as suas funções, conciliando o conhecimento técnico-científico, o domínio da tecnologia, a humanização e a individualização do cuidado (Vargas & Braga, 2006). Mesmo reconhecendo o grande contributo que a tecnologia tem trazido para a área da saúde, esta não substitui o cuidado e a dimensão do cuidar. Cabe aos Enfermeiros integrar os procedimentos técnicos com o processo relacional para um cuidado humanizado (Zacarias et al., 2009).

De acordo com a Teoria Technological Competency as Caring in Nursing, de Rozzano Locsin, cuidar envolve intencionalidade, comprometimento e autenticidade para conhecer a pessoa como um todo. A capacidade tecnológica está integrada nos cuidados, permitindo ao Enfermeiro desempenhar um papel eficiente e humanizado, com o objectivo de promover a saúde e o bem-estar, assim como de conhecer a pessoa de uma forma global (Locsin & Purnell, 2009; Pereira et al., 2012).

Assim, compete ao Enfermeiro Especialista uma intervenção altamente qualificada, mobilizando diversos saberes: científicos, tecnológicos, éticos e humanos, de forma a conseguir dar respostas coerentes às necessidades específicas de uma UCI.

2.3.1 Caracterização Física e Organizacional

A UCI caracteriza-se por ser um local especializado, dotado de instalações próprias, pessoal e equipamento sofisticado de forma a dar resposta ao doente em situação crítica e sua família (Néné et al, 2020). A escolha deste serviço, deve-se ao facto de eu o considerar altamente complexo, exigente e especializado, contribuindo deste modo para adquirir competências especializadas para cuidar do doente crítico, que me irão ajudar na minha área de intervenção, a emergência pré-hospitalar. Em específico, a Unidade de Cuidados Intensivos Cardiorácica (UCIC) destina-se a prestar cuidados a doentes do foro cirúrgico, sendo a área de atuação adultos e crianças submetidos a cirurgia cardíaca, assim como os seus familiares (Gomes et al, 2019). O serviço definiu como principais objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados ao utente em situação crítica e sua família;
- Promover um ambiente seguro na prestação de cuidados;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados através de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Contribuir para a formação profissional, tendo por base a prática baseada na evidência e fase aos avanços da ciência

Note-se que o âmbito da cirurgia cardiorácica baseia-se no tratamento cirúrgico dos órgãos do tórax, por patologia cardíaca ou pulmonar, seja com finalidade de diagnóstica e/ou curativa. Esta especialidade cirúrgica existe há cerca de um século, no entanto o desenvolvimento tecnológico possibilitou uma monitorização mais fiável e o desenvolvimento de técnicas que permitem a circulação extracorporeal, potenciando a especialização desta área. As indicações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS; 2017) indicam que as duas especialidades cirúrgicas, nomeadamente, a cirurgia torácica e a cirurgia cardíaca, estejam intimamente ligadas. Desta forma é importante que os cirurgiões sejam capazes de agir nos dois âmbitos, mas dando preferência a uma das áreas de especialização de forma a otimizar os resultados para o doente, melhorando técnicas cirúrgicas e tornando-as cada vez menos invasivas (ACSS, 2017; Pagano et al., 2016).

É recomendável, tal como descrito na Rede de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Cirurgia Cardiorácica, que uma unidade hospitalar que tenha cirurgia cardíaca, seja esta eletiva ou de urgência, tenha salas de cirurgia exclusivas que acompanhem o progresso científico e tecnológico, adaptadas às necessidades desta tipologia de doentes e com equipamentos diferenciados específicos para este foro cirúrgico. Para além disso, deve existir idoneidade formativa quer para a especialidade de cirurgia cardíaca como para a de cirurgia torácica, uma vez que cumpre os princípios emanados pelo colégio da especialidade da Ordem dos Médicos (ACSS, 2017; Pagano et al., 2016).

Surgem ainda no documento relativo à Rede de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Cirurgia Cardiorácica (ACSS, 2017) recomendações para que os doentes deste foro recuperem em unidades com camas de nível I, II e/ou III por forma a dar a resposta às necessidades que podem apresentar (ACSS, 2013; DGS, 2017; Valentin & Ferdinande, 2011). Como a UCI e a unidade de cuidados intermédios do serviço de cirurgia cardiorácica recebem quer doentes adultos quer pediátricos, exigem da equipa um manancial extenso de conhecimentos em ambas as áreas, sendo presente a relação com a especialidade de pediatria. O serviço de cirurgia cardiorácica conta com a colaboração das especialidades de pneumologia, cardiologia, pneumologia pediátrica e cardiologia pediátrica, assim como neonatologia com unidade de cuidados intensivos.

A UCIC apresenta uma lotação total de 13 camas (10 de adultos e 3 de crianças/jovens), sendo constituída por duas áreas de intervenção distintas, a saber:

- A área de intervenção ao utente adulto submetido a cirurgia cardíaca e sua família, que dispõem de 10 camas para esse efeito, distribuídas por duas salas:
 - Sala azul, com 5 camas;
 - Sala bege, com 5 camas, 4 delas em quartos de isolamento, sendo um destinado ao isolamento protetor para o utente submetido a transplante cardíaco.
- Área de intervenção à criança/jovem submetida a cirurgia cardíaca:
 - 3 camas, inseridas no espaço físico da sala bege.

Cada unidade do utente é composta por uma cama elétrica de cuidados intensivos, material de monitorização invasiva e não invasiva, material de ventilação mecânica, sistemas de gases (rampas de oxigénio e ar comprimido) e aspiração por vácuo, sistemas de infusão e perfusão, gavetas de armazenamento de material e diversas tomadas de corrente elétrica (Gomes et al, 2019).

Ao nível dos recursos humanos, a equipa de Enfermagem é constituída por:

- 1 Enfermeira Chefe;
- 1 Enfermeira Coordenadora;
- 11 Enfermeiros Especialistas;
- 38 Enfermeiros de cuidados gerais.

2.3.2 Análise do desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista

As Unidades de Cuidados Intensivos surgiram da necessidade de aperfeiçoamento material e humano para o atendimento de doentes críticos e são consideradas dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital (Madeira e Tareco, 2013).

Os cuidados de Enfermagem em contexto de UCI assumem características peculiares, decorrentes da sua elevada complexidade e constante incerteza (Melgueira e Veludo, 2020). O Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em situação crítica, tem competências essenciais para a prestação de cuidados nesta área.

Sendo os cuidados intensivos uma nova área para mim, e que apresenta uma variedade de situações de aprendizagem, tornou-se um desafio estagiar neste contexto. Possibilitou-me o contacto com novas realidades, que enriqueceram o meu percurso profissional, enquanto estudante da do Curso de Mestrado em Enfermagem na área Pessoa em situação crítica. Esta caminhada foi iniciada com algum receio, devido á ausência de experiencia nesta área e também porque já não exerço em ambiente hospitalar há alguns anos.

Defini inicialmente para este estágio o objectivo geral: Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais de Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família em cuidados intensivos.

Durante estágio tive a oportunidade de colaborar na admissão de doentes em situação crítica. De acordo com Correia (2020), o Enfermeiro deve testar o ventilador, verificar

o funcionamento do insuflador manual, da saída de oxigénio e do sistema de aspiração. Os cabos de pressão para avaliação da tensão arterial, da saturação de oxigénio e da linha arterial são conectados e testa-se o monitor. A obtenção de alguma informação prévia do estado de saúde do doente e da terapêutica necessária no imediato facilita o processo de admissão. Deve-se preparar a unidade, de forma a facilitar o ambiente de prestação de cuidados. O momento da admissão do doente em situação crítica, torna-se bastante stressante devido á instabilidade hemodinâmica do doente, com necessidade de elevada destreza no desempenho das atividades de Enfermagem. Nesta fase, dei inicio ao processo de Enfermagem através da avaliação do doente.

Á chegada do doente a unidade, fiz a sua avaliação, com base na metodologia ABCDE. De acordo com o Manual de Suporte Avançado de Vida do INEM (2019), a abordagem ABCDE é uma avaliação transversal utilizada ao doente, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida, sendo a metodologia universalmente aceite e recomendada no nosso país, de acordo com o European Resuscitation Council (2010).

As avaliações da via área, da ventilação, da circulação, das disfunções neurológicas precedidas pela exposição para um exame objectivo são consideradas as acções base das guidelines de ressuscitação. Relativamente a este método de avaliação, não senti dificuldade na sua aplicação, uma vez que faz parte do meu dia-a-dia de Enfermeiro no Pré-hospitalar.

Nesta fase da admissão do doente, é necessário integrarmos a família neste processo. Com o objectivo de diminuir o impacto visual provocado pela diversidade de máquinas, fios, e monitores, devemos acolher a família fora da unidade do doente. Devido ao facto de estarmos em em Pandemia, pela Covid-19, existiam diversas limitações no que diz respeito ao acolhimento da família bem como ao regime de visitas. Desta forma, não pude desenvolver este acolhimento da família de forma correta.

A competência do Enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica, engloba a assistência à família do doente nas perturbações emocionais decorrentes da condição de um dos seus membros (Regulamento n.º124/2011 de 18 de fevereiro, 2011). Assim, assume um lugar de excelência na promoção de intervenções autónomas de Enfermagem, que sensibilizem a equipa para esta problemática. É um momento de extrema importância, pois permite o estabelecimento de um vínculo de confiança na relação entre Enfermeiro e a família.

De acordo com Lima, Monteiro, Nogueira, & Martins-Melo (2015) é essencial conhecer as necessidades da família, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica que constitua o cerne de um plano holístico do cuidar. Sabemos que a elevada exigência dos cuidados de Enfermagem na UCI, propiciam que a família fique por vezes em segundo plano. A instabilidade do doente, bem como a necessidade de agir rapidamente e de forma antecipada aliadas á falta de Enfermeiros, são factores que dificultam a integração da família. Contudo, penso que é um dos aspetos que poderei melhorar durante a minha prática.

No que diz respeito ao desenvolvimento de conhecimentos teóricos e teórico-práticos, realizei pesquisa bibliográfica sobre situações específicas dos doentes: patologia medicação, tratamentos, intervenções de Enfermagem, refletindo sempre que necessário com a Enfermeira orientadora. O contato com procedimentos por mim desconhecidos, trouxe-me a oportunidade de aprofundar conhecimentos, promovendo o meu desenvolvimento cognitivo e técnico. Considero que o aumento dos conhecimentos, nesta área permitiu-me a prestação de cuidados seguros e ao mesmo tempo diminuir a minha ansiedade face a esta realidade desconhecida por mim até ao momento. Sendo a Enfermagem uma profissão com grande componente técnica e científica, temos de estar motivados e com uma mente aberta para a aprendizagem constante, com grande capacidade de adaptação às mudanças e às inovações.

É com a prática do cuidar em Enfermagem que as necessidades de atualização e aperfeiçoamento se manifestam, sendo resultado da reflexão, dos confrontos de ideias e do desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Daí a relevância da necessidade de uma formação contínua. A formação produz uma abertura e disponibilidade em aprender, em obter conhecimentos e adquirir determinadas capacidades, que se transformarão em competências.

Realizei uma pesquisa vasta sobre a terapêutica mais utilizada na UCI, nomeadamente , aminas, sedativos, anestésicos, analgésicos e curarizantes. A gestão da terapêutica é uma componente crucial na intervenção antecipada nos focos de instabilidade e consequente identificação antempada dos mesmos. O Enfermeiro especialista é detentor de conhecimentos específicos e sustentados sobre a medicação para que faça uma gestão segura, eficaz e eficiente da mesma, tendo em vista a estabilidade do doente, alvo dos seus cuidados (Correia, 2020).

No que diz respeito á aquisição de competências técnicas, desenvolvi as seguintes competências: monitorização não invasiva da Pessoa em Situação Crítica

(eletrocardiografia, tensão arterial, temperatura auricular, oximetria, capnometria, frequência respiratória, bloqueio neuromuscular, avaliação das pupilas); monitorização invasiva (pressão venosa central, pressão intracraniana, pressão intraabdominal); preparação do material para execução de técnicas de monitorização invasiva, como colocação de catéter venoso central, linha arterial, sensor de pressão intracraniana e pressão venosa central; otimização da linha arterial, de catéter venoso central, do sensor de pressão intraabdominal e do sensor de pressão intracraniana; otimização da ventilação mecânica invasiva e não invasiva; na aspiração de secreções na cavidade oral e no tubo endotraqueal; manutenção e otimização do tubo endotraqueal; prestação de cuidados, manutenção e otimização de traqueostomias; procedimento de desmame ventilatório e extubação da Pessoa em Situação Crítica; otimização da alimentação entérica e parentérica; prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente monitorizado e ventilado; procedimentos no tratamento de feridas complexas.

É de referir, que a prestação dos cuidados de Enfermagem foram baseados nos princípios do controlo de infeção. O impacto das infeções associadas a cuidados de saúde (IACS) é particularmente relevante na medicina intensiva face à crescente tecnologia médica invasiva, ao elevado número de doentes imunodeprimidos e ao aumento da resistência aos antimicrobianos (Morais, 2017). Ainda Segundo Morais (2017) foi realizado em Portugal um Inquérito de Prevalência de Infeção adquirida no hospital e Uso de Antimicrobianos nos hospitais de agudos que decorreu de 23 de Maio a 8 de Junho de 2012, abrangendo 43 hospitais portugueses. Segundo este, a taxa global de prevalência de Infeções Hospitalares em Portugal foi de 10,6%, sendo de 12,4% nos homens e 8,8% nas mulheres, correspondendo ao valor mais elevado da Europa. É importante, os Enfermeiros estarem despertos para esta realidade, de forma a contribuir para a redução destes números, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados.

Os processos vivenciados pelo doente em situação crítica são diversos, sendo submetidos a múltiplos procedimentos invasivos e terapêutica imunossupressora, pelo que é exigida uma intervenção eficaz do enfermeiro especialista na prevenção e controlo de infeção, com vista à excelência dos cuidados (OMS, 2011).

De forma a diminuir a prevalência das IACS, agi sempre em concordância com as precauções básicas do controlo da infeção, nomeadamente: Higiene das mãos tendo em conta os 5 momentos; Etiqueta respiratória; Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI); Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;

Descontaminação do equipamento clínico; Controlo Ambiental; Manuseamento Seguro da Roupa; Recolha segura de resíduos.

Segundo a DGS (2017), aquando da prestação de cuidados, deve ter-se por base indicações das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) que objetivam indicarem as regras de boa prática a implementar por todos os intervenientes nos cuidados de saúde (utentes/profissionais/visitantes). Desta forma, tem-se em vista a minimização do risco de infeção e a transmissão cruzada de microrganismos, de um portador são ou doente para outro, por via direta ou indireta. É necessário ter em conta que o não cumprimento das PBCI poderá colocar em causa o cuidado prestado e necessário ao utente, expondo o mesmo ao risco de adquirir uma IACS, que, por conseguinte, potencia o desenvolvimento de complicações, tais como o prolongamento do tempo de internamento, elevada taxa de morbimortalidade, aumento dos custos em saúde e do absentismo (DGS, 2017). Perante este facto, urge repensar nos tipos de cuidados dispensados em contexto de urgência e que estratégias deverão ser adotadas para fazer face a esta problemática. Assim sendo, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (2011) preconiza como dever do enfermeiro diagnosticar as necessidades do serviço pertencentes à prevenção e controlo de infeção, a fim de definir estratégias proativas a implementar no serviço.

Todos estes procedimentos realizados, assentaram em princípios éticos inerentes à profissão de Enfermagem. O sigilo, a privacidade e a confidencialidade são condições inerentes ao exercício profissional na área da saúde (Vidal et al., 2014). O respeito pela privacidade do doente e a identidade da pessoa, promovem a dignidade no atendimento do doente (Dalmolin et al., 2014).

Todos os Enfermeiros especialistas, seja qual for a área de especialidade, partilham um grupo de domínios de competências, designadas de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

O Enfermeiro Especialista deve ser cada vez mais, um profissional reflexivo e capaz de mobilizar todo um conjunto de informação científica, tecnológica e relacional, alicerçado em saberes providos pela experiência vivida em contexto de prática. Foi neste contexto que conduzi a minha atuação durante o estágio, que foi de alguma forma exigente, trabalhoso, mas sobretudo muito gratificante e que em muito contribuiu para o meu desenvolvimento e valorização profissional e pessoal.

Defini também para este estágio, o objectivo específico: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no âmbito do controle da dor.

Segundo Teixeira e Durão (2016) a dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, sendo a sua manifestação relacionada, quer com a patologia de base, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita.

Para a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2015), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, com uma componente sensorial, mas também uma componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial. A dor é fenómeno complexo que envolve emoções e elementos que lhe estão associados, devendo ser encarada como um modelo biopsicossocial.

De acordo com o Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, - Regulamento nº 429/2018 - encontra-se descrito na unidade de competência: Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas; destaca-se como critério de avaliação: “Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor” (Decreto-Lei n.º 135 - 16 de julho de 2018).

A Ordem dos Enfermeiros (2008), considera que na colheita de dados sobre a história de dor, devem constar os seguintes aspetos: exame físico; descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); formas de comunicar a dor/expressões de dor; fatores de alívio e de agravamento; estratégias de coping; implicações da dor nas atividades de vida; conhecimento sobre a doença; impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; sintomas associados; descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Para Lima (2017), a avaliação da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor e a situação clínica. Permite aos Enfermeiros fundamentar os juízos clínicos sobre as estratégias farmacológicas e não farmacológicas a implementar.

Durante o estágio recorri as diversas escalas de dor para a avaliação da mesma. Em doentes que comunicavam de forma verbal ou motora utilizaram-se as escalas: Escala Visual Analógica (EVA) ou a Escala Visual Numérica (EVN). Nos doentes que não comunicam de forma verbal e motora utilizaram-se em simultâneo as escalas: Behavioral

Pain Scale – Intubated Patient(BPS) e a Escala de Comportamentos Indicadores da Dor (ESCID).

De acordo com Batalha (2016), a Escala Visual Analógica (EVA) avalia a dor aguda e persistente e consiste numa régua com 10 cm com início e fim. Como propriedades psicométricas apresenta em termos de validade boa correlação entre apresentação e validade antes e após tratamento.

Segundo Borgas (2017), a Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Segundo Batalha, Figueiredo e Bizarro (2013) a escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP) foi a primeira a ser concebida e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem. Consiste na avaliação de três aspectos: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. Cada indicador foi categorizado em quatro descrições do comportamento, indicando ausência de dor (pontuação 1) a um máximo de dor (pontuação 4). A pontuação total varia entre os 3 pontos (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima); o tempo estimado para seu preenchimento é de 2 a 5 minutos.

Na Escala de Comportamentos Indicadores da Dor (ESCID) são tidos como indicadores parâmetros comportamentais: face, tranquilidade, tónus muscular, compliance com o ventilador e a confortabilidade. É obtido um total entre 0 e 10 pontos, podendo ser equiparada com os valores da escala numérica do doente consciente. Esta escala não pode ser utilizada em doentes com ventilação espontânea, tetraplegia, utilização de bloqueadores neuromusculares, coma profundo, polineuropatia do doente crítico e morte cerebral (Soares, 2016).

De referir que as escalas da dor são consideradas pela equipa de Enfermagem como valiosos instrumentos para a sua gestão, sobretudo na Pessoa em situação crítica impossibilitada de autoavaliar a dor, onde *“o reconhecimento da existência de dor e a sua avaliação (...) são passos essenciais para um bom controlo da mesma”* (Alfarrobinha et al., 2013, p.4)

Na UCIC procedi a avaliação da dor em todos os turnos e sempre que necessário. Esta avaliação concretiza-se no início do turno ou antes de se iniciar um procedimento

doloroso (por exemplo posicionamentos, colocação de catéter central, colocação de linhas arteriais, e outros procedimentos invasivos). Realizei também a avaliação da dor imediatamente após um procedimento doloroso. Procedi a avaliação da dor 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica, de forma a conseguir perceber a eficácia da medicação administrada. Após intervenção não farmacológica ou medida de conforto, devemos também avaliar a dor. Depois de avaliar a dor, efectuei de o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

É importante os registos de Enfermagem estarem completos. Devem fazer parte dos registos os seguintes parâmetros: a caracterização do local, intensidade, frequência, duração. Durante o estágio na UCI, tive a oportunidade de realizar os registos de Enfermagem no impresso próprio dos Registos de Enfermagem. Isto permite à equipa multidisciplinar avaliar o padrão da dor e consequentemente definir estratégias que permitam o seu controlo.

As medidas não farmacológicas do controlo da dor à Pessoa em situação crítica, surgem como intervenção autónoma dos Enfermeiros. Estas podem ser benéficas para a Pessoa em situação crítica com dor na medida em que não possuem efeitos secundários e demonstram eficácia na gestão da dor. Não devem ser utilizadas como única forma de tratamento mas sim como uma estratégia complementar às intervenções farmacológicas (OE, 2008).

Segundo Niza (2018) as intervenções não-farmacológicas mais utilizadas na gestão da dor são: as alternâncias de decúbito, a massagem, a diminuição dos estímulos ambientais (como o ruído e a luz), a promoção do sono (o sono inadequado leva a uma diminuição da tolerância à dor), a promoção da presença da família, a distração (recorrendo por exemplo à televisão) e ainda, a musicoterapia.

Utilizei as seguintes medidas não farmacológicas no alívio da dor da Pessoa em situação crítica na UCIC (Niza, 2018):

- Massagem: com o objetivo de facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular;
- Aplicação de calor/frio: o calor permite aumentar a vasodilatação e aumentar a oxigenação dos tecidos. O frio proporciona vasoconstrição e a diminuição dos sinais inflamatórios locais;
- Alternância de decúbitos: estimula a circulação e o relaxamento muscular;
- Promoção de ambiente calmo: permite aumentar a tranquilidade, promover um sono tranquilo e diminuir os fatores externos de desconforto (Luz e Ruído);

- Toque terapêutico: proporciona a tranquilidade e facilita o relaxamento;
- Escuta ativa: diminui a ansiedade do doente;
- Explicação de procedimentos/técnicas: diminui a ansiedade e promove o envolvimento do doente nos procedimentos;
- Postura empática ao doente/família: Regula as emoções.

No decorrer do Estágio, elaborei um Póster Científico (Apêndice I) intitulado “ *Medidas não farmacológicas no controlo da dor do doente crítico: scoping review*, com apresentação no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Especializada, realizado no dia 26 de Novembro de 2021, organizado pela Escola de Enfermagem de Lisboa – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Considero que esta experiência foi uma mais-valia, no sentido em que me proporcionou o contacto com colegas de outras áreas de especialização de Enfermagem promovendo a partilha de experiências, e a aquisição de novos conhecimentos e de desenvolvimento de outros.

CONCLUSÃO

Com a realização do relatório de estágio, objetivei descrever o meu percurso, ao longo dos vários estágios, de forma fundamentada. Descrevi as atividades que desenvolvi nos diferentes módulos de estágio, de forma a alcançar os objetivos que defeni para cada um, tendo sido fundamental para o meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: à pessoa em situação crítica.

A atuação do Enfermeiro especialista *“inclui competências aplicáveis em ambiente de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da Enfermagem.”* (RCCEE, 2010, p.2)

Considero que, atendendo aos descritivos que consideram a atribuição de grau de mestre e dos regulamentos das competências comuns do Enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crítica, mobilizei conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma plena a problemas reais identificados e a necessidades existentes.

Desta forma, concluo que o Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica à pessoa em situação crítica, tem a competência de dinamizar a resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação de acordo com o Regulamento nº 135/2018. Neste percurso de aprendizagem clínica não ocorreu nenhuma situação que se integrasse em catástrofe. Sendo assim, procurei desenvolver um conhecimento aprofundado sobre o plano de Emergência da instituição e os princípios de atuação em situações de catástrofe, do local de estágio.

No que diz respeito ao controlo da dor da pessoa em situação crítica, considero que os Enfermeiros estão sensibilizados para a temática em estudo, manifestando a necessidade de investimento em formação na gestão da dor. Penso que a melhoria dos registos e elaboração de protocolos de atuação, são intervenções que deverão ser mais aprofundadas de forma a contribuir para uma avaliação e gestão da dor do doente mais completa dando cumprimento às normas legislativas dos cuidados ao doente com dor.

Fonseca, Lopes, e Ramos, (2013), afirmam que o recurso às estratégias farmacológicas é mais uma forma de atenuar a dor, no entanto, acrescentam que a utilização isolada dos recursos farmacológicos demonstrou-se insuficiente, pelo que as medidas não farmacológicas constituíram um importante recurso na atenuação da dor, especialmente quando combinadas com o regime medicamentoso, sendo que as medidas farmacológicas e não farmacológicas complementam-se.

As intervenções não-farmacológicas são fáceis de implementar, seguras, económicas e não exigem um gasto exagerado de tempo por parte do Enfermeiro. São intervenções independentes, podendo por isso ser facilmente incorporadas na prática diária de cuidados dos enfermeiros (Niza, 2018). Desta forma torna-se um procedimento acessível, sendo que devem ser encaradas como um caminho a seguir.

Em síntese, o presente relatório de estágio cumpre os objetivos inicialmente definidos. Os estágios permitiram novas experiências, proporcionaram excelentes momentos de aprendizagem e de contacto direto com pessoas nas mais diversas situações e trouxeram conhecimentos relevantes, contribuindo para a aquisição e a mobilização de saberes na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, e o desenvolvimento de um raciocínio analítico e crítico, permitindo assim o desenvolvimento de competências especializadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Lisboa.
- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Relatório de Benchmarking | hospitais EPE e PPP dados a 31 de dezembro de 2012. Acedido em 14 de Outubro de 2021 em http://www.utap.pt/Publicacoes_oficiais/Relat%C3%B3rio%20de%20benchmarking_2012.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva. Portugal. Acedido em 5 de Outubro de 2021 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-IntensivaAprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Alfarrobinha, C., Pedro, N., Moutinho de Oliveira, P., Nobre, T., & Ferreira de Matos, T. (2013). Controlo da dor no doente inconsciente – revisão sistemática da literatura. *Nursing Magazine Digital*, 289(26), 1–17.
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J., & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1), 82–89. Acedido em 10 de Junho de 2022 em <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>
- Al Thobaity, A., Plummer, V., Innes, K., & Copnell, B. (2015). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(3), 156–164. Acedido em 5 de Novembro de 2021 em <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.001>
- American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência, II Série* (9), 61–67.
- Apóstolo, J., Antunes, M., Mendes, A., & Castro, I. (2012). Conforto/desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de*

Saúde Mental, 7, 33–38.

Associação Portuguesa da Dor (12 de julho de 2018). O QUE É A DOR?. Lisboa Acedido a 10 de Junho de 2022 em <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>

Atílio, F. G. C., Suzuki, A. F., Damaceno, D. G., Alarcon, M. F. S., Marin, M. J. S., & Giroto, M. A. (2021). Dor no idoso acima de 80 anos: características, impactos e estratégias de enfrentamento. *Revista Cuidarte*, 12(2), e1310. Acedido em 1 de Outubro de 2021 em <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1310>

Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34106-8

Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J., Devlin, J., Kress, J., Joffe, A., Coursin, D., Herr, D., Tung, A., Robinson, B., Fontaine, D., Ramsay, M., Riker, R., Sessler, C., Pun, B., Skrobik, Y., Jaeschke, R., & Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *AM J Health-Syst Pharm*, 70, 53–58

Barra, D., Nascimento, E., Martins, J., Albuquerque, G., & Erdmann, A. (2006). Evolução Histórica e Impacto da Tecnologia na área da Saúde e da Enfermagem. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 8(23), 422–430.

Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated patient (BPS-IP / PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(9), 7–16.

Batalha, LMC (2016) Avaliação da dor. Coimbra, ESEnfC - Manual de estudo –versão 1.

Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care - a thinking-in-action-approach* (2ª ed.). Nova York: Springer Publishing Company.

Blenkharn, A., Faughnan, S., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(6), 332–341. Acedido em 25 de Setembro de 2021 em

[https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(02\)00071-X](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00071-X)

- Borgas, Ana Filipa Cristino (2017). Avaliação da dor do doente no serviço de Urgência. Coimbra. Acedido em 19 de Junho de 2022 em file:///C:/Users/user/Downloads/D2016_10001822012_21316025_3.pdf
- Carel, H. (2009). Dialogue a reply to towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability by Derek Sellman: vulnerability and illness. *Nursing Philosophy*, 10, 214–219
- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Critico. *Revista Nursing*, Fevereiro.
- Correia, G A B (2020). O Delirium na pessoa em situação crítica: da realidade subdiagnosticada á intervenção do Enfermeiro Especialista. Tese de Mestrado em Enfermagem da Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem.
- Costa, C., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII, 855–867.
- Dalmolin, G. L. *et al* (2014). Sofrimento moral e síndrome de Burnout: existem relações entre esses fenómenos nos trabalhadores de enfermagem?. *Revista LatinoAmericana de Enfermagem*. Vol. 22, n.º 1, p. 35-42.
- Decreto Lei. (16 de Julho de 2018). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série, p. 19359
- Direção Geral de Saúde. (2001). Rede de referenciação Hospital de Urgência e Emergência.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa No 09/DGCGA*-Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e controlo da Dor (PENPCDor). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa nacional para as doenças cérebrocardiovasculares 2017. Acedido a 10 de outubro de 2021 em: <https://www.dgs.pt/pns-eprogramas/programas-de-saude-prioritarios/doencas->

cerebro-cardiovasculares.aspx

Entidade Reguladora da saúde (2009). Estudo sobre os conceitos de "Serviço de Urgência" e "Serviço de atendimento permanente" em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos. Dezembro. Acedido a 28 de Maio de 2022 em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/68/Estudo_sobre_urgencias-SAP_privadas.pdf 15/06/2022

European Resuscitation Council. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation.

Ferreira, E., Marques A., Matos B. & Pina E. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20.

Fonseca, J., Lopes, M., & Ramos, A. (2013). People with pain and intervention needs: systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318. Acedido a 30 de Janeiro de 2022 em <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>

Godinho, P (2018). Catástrofe ou Emergência Multivítimas Desenvolvimento de Competência para uma Intervenção Especializada de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido a 13 de Junho de 2022 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27910/1/Relatorio%20FINALISSIMO_PG_TL.pdf

Golino, A. J., Leone, R., Gollenberg, A., Christopher, C., Stanger, D., Davis, T. M., Meadows, A., Zhang, Z., & Friesen, M. A. (2019). Impact of an Active Music Therapy Intervention on Intensive Care Patients. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 48–55. Acedido a 10 de Janeiro de 2022 em <https://doi.org/10.4037/ajcc2019792>

- Gomes, M. (2019). *Manual de Governação Clínica – Unidade de Cuidados Intensivos*. (2.^a edição). Lisboa: Hospital de Santa Cruz
- Guia para a Liderança em Ambientes de Crise (2020). *Plano de Trabalho colaborativo na administração pública*. Lisboa
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2010) - *Manual de VMER* 3^aEd. Lisboa: INEM. p. 29.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013) - *Manual de Situação de Exceção*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013) - *Relatório de uma Comissão de Serviço*. Lisboa, p. 9-14.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (acedido em 2022). *Missão e Valores*. Acedido a 31 Janeiro 2022 em <https://www.inem.pt/2017/05/22/missao-visao-e-valores/>
- Jacq, G., Melot, K., Bezou, M., Foucault, L., Courau-Courtois, J., Cavelot, S., Lang, A., Bedos, J., Le-Boeuf, D., Boussard, J., & Legriel, S. (2018). Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study. *PLOS ONE*, *13*(11), e0207174.
- Joffe, A., Hallman, M., Gélinas, C., Herr, D., & Puntillo, K. (2013). Evaluation and treatment of pain in critically ill adults. *Critical Care Medicine*, *34*(2), 189–200.
- Labrague, Leodoro J., Yboa, B. C., Mcenroe-Petitte, D. M., Lobrino, L. R., & Brennan, M. G. B. (2016). Disaster Preparedness in Philippine Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, *48*(1), 98– 105. Consultado em <https://doi.org/10.1111/jnu.12186>
- Lei de Bases da Proteção Civil. *Lei n.º 27/2006*. nº 126.
- Khalil, N. S. (2018). Critical care nurses' use of non-pharmacological pain management methods in Egypt. *Applied Nursing Research*, *44*, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.09.001>
- Kidanemariam, B. Y., Elsholz, T., Simel, L. L., Tesfamariam, E. H., & Andemeskel, Y. M. (2020). Utilization of non-pharmacological methods and the perceived barriers

- for adult postoperative pain management by the nurses at selected National Hospitals in Asmara, Eritrea. *BMC Nursing*, 19(1), 1–11. Acedido a 15 de Setembro de 2021 em <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00492-0>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178–1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer Publishing Company.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9(1), 2–10. Acedido a 10 de Junho de 2022 em <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.08.009>
- Lima, M. E., Andrade, D. de, & Haas, V. J. (2007). Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(3), 342–347. Acedido a 1 de Outubro de 2021 em <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2007000300013>
- Lima, M. da S., Monteiro, L. D., Nogueira, L. S. S., & Martins-Melo, F. R. (2015). Cuidado de Enfermagem à Família de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, (May), 7957–7966. Acedido em 5 de Outubro de 2021 em <https://doi.org/10.5205/reuol.6121-57155-1-ED.0905201527>
- Locsin, R. C., & Purnell, M. (2009). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. In R. C. Locsin & M. Purnell (Eds.), *A Contemporary Nursing Process: The (Un)Bearable Weight of Knowing in Nursing* (pp. 415–428). New York: Springer Publishing Company
- Martorella, G. (2019). Characteristics of Nonpharmacological Interventions for Pain Management in the ICU: A Scoping Review. *Advance Critical Care*, 30(4), 388–397
- Mckinley, S., Nagy, S., Stein-parbury, J., Bramwell, M., Hudson, J., & Mckinley, S. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 27–36. Acedido a 10 de Outubro de 2021 em <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>

- Melgueira, I e Veludo, F (2020). O ambiente de prática de Enfermagem em contexto de unidade de cuidados intensivos: protocolo de scoping review. *Cadernos de Saúde*, Volume 12.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). *Parecer n.º15/2018*. Funções do Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva. Ordem dos Enfermeiros.
- Morais, D e Patrícia P (2017). Prevenção das Infecções associadas a Cuidados de Saúde em Medicina Intensiva. Covilhã. Acedido a 3 de Outubro de 2021 em https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8046/1/5485_11065.pdf a 18.06.2022
- Mota, M. *et al.*, (2020). O Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Cuidar para a Cura. *Millenium-Revista - Instituto Politécnico de Viseu (IPV)*, 2(5), 147–152.
- Néné, M. & Sequeira, C. (2020). *Enfermagem em cuidados intensivos*. (1.ª edição). Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-419-6
- Niza, P (2018). Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de Enfermagem. Lisboa. Acedido a 20 de Junho de 2022 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25327/1/Relat%C3%B3rio%20est%C3%A1gio%20Mestrado%20PSC%20Paula%20Niza%20n%C2%BA2238.pdf>
- Oliveira, A S S (2011). Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Experiências. Uma abordagem fenomenológica. Acedido a 14 de Junho de 2022 em [file:///C:/Users/user/Downloads/D2011_10001822012_2816036_1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/D2011_10001822012_2816036_1%20(1).pdf)
- Oliveira, M S e Galinha, F (2015). Cuidados De Enfermagem Especializados Perante Múltiplas Vítimas Em Situação Crítica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido a 14 de Junho de 2022 em <file:///C:/Users/user/Downloads/Relato%CC%81rio%20Final%20-%20Mar%C3%A7o%202015.10.03.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
Acedido a 15 de Janeiro de 2022 em
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoress/projectos/Paginas/Padr%C3%B5esdeQualidadedosCuidadosdeEnfermagem.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2013
Acedido a 14 de Novembro de 2021 em
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Proposta de Guião para a Organização de Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer nº 10*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Médico-cirúrgica.
- Ordem dos enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica*. Acedido a 15 de Janeiro de 2022 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos - recomendações*. Lisboa: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Pagano, D., Kappetein, A. P., Sousa-Uva, M., Beyersdorf, F., Klautz, R., & Mohr, F. (2016). EACTS clinical statement: guidance for the provision of adult cardiac surgery. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 50(6), 1006–1009.
<https://doi.org/10.1093/ejcts/ezw300>
- Pak, S. C., Micalos, P. S., Maria, S. J., & Lord, B. (2015). Nonpharmacological

- Interventions for Pain Management in Paramedicine and the Emergency Setting: A Review of the Literature. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–8. Acedido a 5 de Outubro de 2021 em <https://doi.org/10.1155/2015/873039>
- Park, J., & Kim, J. (2014). Assessment and treatment of pain in adult intensive care unit patients. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*, 29(3), 147–159.
- Pereira, C., Pinto, D., Tourinho, F., & Santos, V. (2012). Tecnologias Em Enfermagem E O Impacto Na Prática Assistencial. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde*, 29–37. Acedido a 25 de Novembro de 2021 em <https://doi.org/10.18816/rbits.v2i4.3331>
- Pinheiro, S (2017). Competências Especializadas a Pessoa em Situação Crítica: Do Socorro pré- Hospitalar ao Hospital. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Funchal. Acedido a 13 de Junho de 2022 em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22413/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20%20Sofia%20Pinheiro.pdf>
- Regulamento n.o 124/2011 de 18 de fevereiro. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República no 35, 2ª Série* - 18 de fevereiro. Lisboa, Portugal
- Regulamento n.o 226/2018 *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra -Hospitalar*, 10758 (2018).
- Regulamento n.o 429/2018 *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica: na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem*, p, 19359.
- Sandvik, R. K., Olsen, B. F., Rygh, L. J., & Moi, A. L. (2020). Pain relief from nonpharmacological interventions in the intensive care unit: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9–10), 1488–1498. Acedido a 20 de Novembro de 2021 em <https://doi.org/10.1111/jocn.15194>
- Santos, P. *et al* (2021). Competências dos estudantes de licenciatura em Enfermagem em

cenários de catástrofe: das necessidades educativas à regulamentação curricular. *Revista de Enfermagem Referência*. Série V, nº6

Sayılan, A., Kulakaç, N., & Sayılan, S. (2020). The effects of noise levels on pain, anxiety, and sleep in patients. *Nursing in Critical Care*. Acedido a 10 de Novembro de 2021 em <https://doi.org/10.1111/nicc.12525>

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática*. 4ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-16-9.877p.

Silva, A. (2008). A Enfermagem na Era da Globalização: Desafios para o Século XXI. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4). Acedido a 10 de Junho de 2022 em <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400021>

Silva, R., Martins, M., & Jardim, H. (2016). Nursing postoperative visit as a quality indicator for surgical patient care. *Journal of perioperative practice*, 26(6), 145- 147.

Silva, W. B. H. da ., Côrtes, E. M. P. ., Silva, P. O. da ., Ferreira, M. A. ., Machado, P. R. F. ., Silva, V. R. F. da ., & Marta, C. B. . (2020). Intervenções não farmacológicas no manejo da dor do paciente adulto em terapia intensiva. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 9(51), 1926–1932. Acedido a 10 de Junho de 2022 em <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2019v9i51p1926-1932>

Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4ª ed.). Filadélfia: F.A. Davis Company

Soares, M (2016). Comportamento Organizacional numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Estudo de caso. Universidade de Coimbra. Acedido a 20 de Junho de 2022 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/33222/1/MARILU%20MAMEDE.pdf>

Tareco, E e Madeira, A (2013). Dificuldades dos Enfermeiros ao cuidar doentes em fim de vida. Artigo de revisão. *Onco News*. Ano VI, nº 23.

Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575– 1587. Acedido a 13 de Junho de 2022 em

<https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

- Valentim, A .*et al.*, (2014) - Utilizando os serviços de emergência do sistema único de saúde mediante o Simple Triage and Rapid Treatment. *Revista Enfermagem Profissional*. Lisboa . Vol 1, nº1. (Janeiro/Abril).
- Vargas, D., & Braga, A. (2006). O Enfermeiro da Unidade de Tratamento Intensivo. Refletindo sobre o seu papel. Acedido a 31 de janeiro de 2022 em <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>
- Vidal, S. V. et al. (2014). Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. *Revista Bioética*. ISSN 1983-8042. Vol. 22, n.º 2, p. 347-357.
- Vieira, C S N (2021). O papel do Enfermeiro especialista na comunicação. Universidade Católica Portuguesa. Porto. Acedido a 15 de Junho de 2022 em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34718/1/202743691.pdf>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7th ed.). Missouri: Elsevier
- Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2(4), 474–478. Acedido a 31 de Janeiro de 2022 a <https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2011.04.0100>
- Zacarias, C., Silveira, R., Lunardi, V., Cappellaro, J., Pinto, E., & Filho, W. (2009). Implantação de Tecnologias de cuidado em Unidades de Terapia Intensiva aos Usuários e seus Familiares. *Ciência Cuidado Saúde*, 8(2),161–168

APÊNDICES

APÊNDICE I – Poster Científico: “Medidas não farmacológicas no controlo da dor do doente crítico: scoping review”



MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR DO DOENTE CRÍTICO: Scoping Review

Marta Filipa Carvalho Lucas¹; Nuno Miguel Amaral de Oliveira²; Isabel Rabiais³; Patrícia Pontífice Sousa⁴

¹ Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; ² Mestrando em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; ³ Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, RN, MSc, PhD; ⁴ Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, RN, MSc, PhD

Introdução: A dor afeta pessoas de todas as faixas etárias, independentemente do seu estado social, económico e cultural, é uma experiência desagradável, transversal a todas as etapas do ciclo de vida. O seu controlo e a promoção do conforto são um direito dos que dela padecem e constituem aspetos estruturantes no cuidar do doente crítico. Quando falamos de pessoa em situação crítica, maioritariamente estamos perante a dor aguda que pode estar associada à sua patologia, trauma ou aos inúmeros procedimentos invasivos ou não invasivos a que a pessoa está sujeita.

Os métodos farmacológicos são os mais utilizados no alívio da dor, no entanto, apresentam mais riscos potenciais para os doentes e mais custos para as entidades de saúde. A maioria dos estudos relata que a utilização de medidas farmacológicas combinadas com não farmacológicas, são um recurso importante na diminuição da dor e constituem intervenções simples, seguras, baratas e com menos efeitos adversos (Kidānemariam et al., 2020).

Objetivos: Mapear as medidas não farmacológicas mais utilizadas no controlo da dor do doente crítico, bem como as barreiras existentes por parte dos profissionais de saúde.

Métodos: Scoping review realizada em Outubro de 2021, recorrendo às bases de dados MEDLINE, Cochrane, MEDICLATINA, CINAHL. Após aplicação dos critérios de exclusão, obtiveram-se 10 artigos que constituíram a amostra. A pesquisa foi levada a cabo por dois revisores de forma independente, selecionados os artigos e sistematizados em conjunto. As discordâncias foram discutidas com toda a equipa de investigação

Resultados: Da análise dos artigos concluiu-se que os profissionais da área da saúde, apresentam uma formação e capacitação reduzida em gestão da dor e em medidas não farmacológicas, que podem usar para trazer maior conforto ao doente. Além disto, relatam barreiras como falta de conhecimento, falta de tempo, carga de trabalho excessiva e doentes instáveis (Khalil, 2018; Kidānemariam, 2020; Martorella, 2019; Silva, et al; 2019). No âmbito das medidas não farmacológicas que confortam destacam-se: os exercícios respiratórios, os posicionamentos, massagens, a musicoterapia, exercícios e técnicas de relaxamento, o toque terapêutico, crioterapia e aquecimento (Kidānemariam, 2020; Sandvik, 2020).

Conclusão: As evidências demonstraram que as medidas não farmacológicas complementam as convencionais trazendo efeitos positivos no alívio da dor, emergindo deste modo, a necessidade de otimizar as intervenções na pessoa com dor, incentivando a utilização de mais medidas não farmacológicas por parte dos enfermeiros com vista ao conforto da pessoa. importa ainda salientar a necessidade de formar não só os enfermeiros como os restantes profissionais de saúde e proporcionar condições para a sua aplicação, de modo a fazer parte integrante do cuidar do doente crítico com dor, aumentando assim a informação e consequentemente promover uma maior adesão a estas técnicas, contribuindo para uma melhoria de bem-estar, conforto e qualidade de vida dos doentes.

Referências Bibliográficas:



ANEXOS

ANEXO I – Fotocópia do certificado do Curso de Formação de Formadores de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador automático externo através do INEM



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Nuno Miguel Amaral de Oliveira, nascido(a) a 15-07-1981, em Alhos Vedros, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Masculino, com o número de identificação 11960737, concluiu com aproveitamento, em 27-04-2021, o Curso de Formação Profissional.

Formação de Formadores SBV-DAE

que decorreu de 27-04-2021 a 27-04-2021, com a duração total de 8,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.0 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 28-04-2021



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 062-1.3-1015/15507/40874/2021

Mod.INEM.061/2

FORMAÇÃO DE FORMADORES SBV-DAE (8 horas)

Modalidade da Formação:

Formação Contínua

Área de Formação:

Formação de Formadores

Plano Curricular:

- Algoritmo de SBV Adulto e Demonstração;
- Prática de SBV, PLS e DVA;
- Execução de Tarefas;
- Algoritmo de DAE e Demonstração;
- Prática de SBV-DAE;
- Execução de Tarefas;
- *Workshop* sobre Avaliação Prática.

Competência Adquirida:

Formador de SBV-DAE

ANEXO II -Fotocópia do certificado de participação da Sessão webinar com o tema: “Enfermagem em contexto do Serviço de Urgência/Emergência - Que mudanças?” pela Ordem dos Enfermeiros



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

NUNO MIGUEL AMARAL DE OLIVEIRA

membro nº 83871 desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “Enfermagem às Quintas” subordinado à temática “Enfermagem em contexto do Serviço de Urgência/Emergência - Que mudanças?” no dia 8 de Outubro de 2020, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 13 de Outubro de 2020.

O Presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Norte

Enfermeiro João Paulo Marques Carvalho

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,35 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

ENFERMAGEM ÀS QUINTAS



WEBINAR DA SRNOE

TODAS AS QUINTAS - FEIRAS ÀS 21:30

Programa:

Enfermagem em contexto do Serviço de Urgência/Emergência – Que mudanças?

- Os desafios mais comuns para um Enfermeiro num Serviço de Urgência – prós e contras da insularidade;
- A especificidade de atuação em sala de emergência;
- Intervenção do enfermeiro em equipa multidisciplinar num Serviço de Urgência Básico;
- A COVID 19 – reestruturação necessária num Serviço de Urgência.

MODERADORES:

Samuel Sampaio de Sousa

PRELETORES:

Vítor Hugo Gouveia Correia

Carlos Manuel Branco Ferreira

Álvaro Miguel Gonçalves Sales Gomes

Nelson José Fernandes de Sousa Pereira

Destinatários:

Enfermeiros, estudantes e outros profissionais de saúde

Organizador:

Secção Regional do Norte
da Ordem dos Enfermeiros

Inscrições:

Balcão Único



**ANEXO III – Fotocópia do certificado do curso de Suporte Avançado de Vida pelo
INEM**



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de Janeiro.

SAV Módulo Suporte Avançado Vida

Certifica-se que Nuno Miguel Amaral de Oliveira natural de em Alhos Vedros, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 15-07-1981 titular do número de identificação 11960737 concluiu com aproveitamento o curso de Formação SAV Módulo Suporte Avançado Vida em 13-04-2022, com a duração de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 18.4 valores, numa escala de 0 a 20..

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 31-05-2022

O Departamento de Formação
em Emergência Médica

(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado nº. / 003-1.2-0312/16104/40874/2022
Válido até Abril de 2027

Mod.INEM 454.1





SAV - SUPORTE AVANÇADO DE VIDA

(16 horas)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação inicial

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Suporte Avançado de Vida em perspectiva
- Causas e prevenção de PCR
- Síndrome Coronário Agudo
- Demonstração de caso clínico
- Algoritmo de SAV
- Via Aérea e reconhecimento de ritmos
- Fármacos e Vias de Administração
- Reanimação Inicial e Desfibrilhação
- Cuidados PR / Ética /DNR
- Casos clínicos
- PCR em circunstâncias especiais (Workshop)
- Disritmias peri-paragem; Gasimetria (Workshop)
- Casos clínicos finais

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Suporte Avançado de Vida

**Anexo IV – Fotocópia do certificado de Recertificação do curso SIV Enfermeiros
pelo INEM**



Departamento de Formação em Emergência Médica

Certificado de Formação Profissional

De acordo com o Decreto-Lei n.º 396/2007 de 31 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 14/2017 de 26 de janeiro.

SIV Módulo II - Recertificação do curso SIV Enfermeiros

Certifica-se que Nuno Miguel Amaral de Oliveira natural de em Alhos Vedros, de nacionalidade Portuguesa, nascido/a em 15-07-1981 titular do número de identificação 11960737 concluiu com aproveitamento o curso de Formação SIV Módulo II - Recertificação do curso SIV Enfermeiros em 20-04-2022, com a duração de 21,00 horas, tendo obtido a classificação final de Apto.

Centro de Formação DR Sul – Lisboa, 31-05-2022

O Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Maria Cardoso Pinto)

Certificado n.º. / 128-1.1-0920/16105/40874/2022
Válido até Abril de 2027

Mod.INEM 454.1



RECERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE SUPORTE IMEDIATO DE VIDA

(16h)

MODALIDADE DA FORMAÇÃO:

Formação contínua

ÁREA DE FORMAÇÃO:

Emergência Médica

PLANO CURRICULAR:

- Abordagem inicial à vítima de emergência médica e de trauma (avaliação primária e secundária)
- Competências não técnicas da equipa de emergência: liderança, trabalho de equipa e gestão de tarefas/tomada de decisão
- Técnicas de comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
- Sedação e analgesia
- Organização e funcionamento das Vias Verdes no SNS: AVC, Coronária, Sepsis, Trauma, PCR
- Emergências obstétricas
- Abordagem ao parto eminente
- Suporte de Vida Neonatal
- Suporte Avançado de Vida Pediátrico
- Abordagem pré-hospitalar em emergências: Asma; Alergia e anafilaxia; Exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crónica; Edema agudo do pulmão cardiogénico; Síndrome Coronário Agudo; Hemorragia digestiva; Sepsis; Acidente vascular cerebral; Intoxicações; Convulsões e epilepsia; Paragem cardiorrespiratória no adulto e na criança; Reanimação neonatal; Parto eminente; Emergência obstétrica; Dispneia na criança; Abordagem da criança com necessidades especiais; Trauma crânio-encefálico; trauma vertebro-medular; Choque hemorrágico; Trauma das extremidades; Trauma térmico; Transporte do doente crítico.
- O papel do INEM em situações com multivítimas
- Organização e gestão inicial de situações com multivítimas
- Triagem primária em situações com multivítimas
- Triagem secundária em situações com multivítimas

COMPETÊNCIA ADQUIRIDA:

Abordagem em situações de emergências médicas, emergências de trauma, pediatria e obstetrícia, transporte do doente crítico e situações de exceção no contexto de suporte imediato de vida.

**ANEXO V – Fotocópia do Certificado do Curso Inicial para Operacionais do
Portuguese Emergency Medical Team pelo INEM**



Curso Inicial para Operacionais do EMT

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
Rua Almirante Barroso, 36
1000-013 Lisboa



NOME

Nuno Miguel Amaral De Oliveira

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

11960737

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-628e4ad484886

AS ATIVIDADES FREQUENTADAS ENCONTRAM-SE NA PÁGINA SEGUINTE

Evento

Curso Inicial para Operacionais do EMT

22-04-2022 10:15 → 31-12-2022 23:45 - Duração: 5 horas

Atividades frequentadas

Curso Inicial para Operacionais do EMT (CIO PT EMT)

26/05/22, 02:43