

A SUPERVISÃO CLÍNICA NA GESTÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

Telma Coelho [1], Cristina Barroso Pinto [2]

[1] ULS Tâmega e Sousa, Portugal

[2] CINTESIS@RISE, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

telma_coelho25@hotmail.com

RESUMO

Enquadramento: A supervisão clínica alicerça a gestão da dor no doente crítico, através da capacitação e empoderamento dos enfermeiros na tomada de decisão, permitindo assegurar o padrão de qualidade de cuidados prestados ao doente crítico. **Objetivos:** Identificar a avaliação da dor em doentes críticos numa Unidades de Cuidados Intensivos(UCI), definir os conteúdos a integrar nas sessões de Supervisão Clínica com base no Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) Dor, e comparar a avaliação da Dor no doente crítico antes e após as sessões de supervisão clínica. **Método:** Estudo quase-experimental (pré e pós-intervenção) e transversal, realizado a 31 enfermeiros de uma UCI no Porto. Os dados foram recolhidos através de auditorias aos registos de enfermagem a 92 processos clínicos em novembro de 2022 e maio de 2023. A análise estatística foi conduzida utilizando o SPSS. **Resultados:** A avaliação da dor é diferenciada e estratificada de acordo com o foro médico e cirúrgico, e a gestão da dor combinou tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, com falhas na reavaliação após analgesia e realização de procedimentos invasivos. Assim, a avaliação e gestão da dor foram as áreas identificadas e incluídas nas sessões supervisivas, no âmbito de formação e acompanhamento. Constatou-se uma melhoria em todos os parâmetros do IS-SCE Dor na pós-intervenção, demonstrando melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente crítico. **Conclusões:** A adoção de um processo de Supervisão Clínica em Enfermagem estruturado, incluindo as auditorias e formação, contribui para a melhoria da gestão da Dor no doente crítico.

Palavras-chave: Supervisão Clínica em Enfermagem, Modelo SafeCare, Gestão da Dor, Doente crítico.

THE CLINICAL SUPERVISION IN PAIN MANAGEMENT FOR CRITICAL PATIENTS

ABSTRACT

Background: Clinical supervision underpins the management of pain in critically ill patients by training and empowering nurses in decision-making, ensuring a standard of quality care for critically ill patients. **Objectives:** To identify the assessment of pain in critically ill patients in an Intensive Care Unit (ICU), to define the content to be included in Clinical Supervision sessions based on the Indicator Sensitive to Clinical Supervision in Nursing (IS-SCE) Pain and to compare the assessment of pain in critically ill patients before and after clinical supervision sessions. **Methods:** A quasi-experimental (pre- and post-intervention) cross-sectional study of 31 nurses from an ICU in Porto. Data was collected by auditing the nursing records of 92 clinical files in November 2022 and May 2023. Statistical analysis was

conducted using SPSS. **Results:** Pain assessment is differentiated and stratified according to medical and surgical status, and pain management combined pharmacological and non-pharmacological treatments, with gaps in reassessment after analgesia and performance of invasive procedures. Therefore, pain assessment and management were the areas identified and included in the supervisory sessions, as part of training and follow-up. There was an improvement in all the IS-SCE Pain parameters post-intervention, demonstrating an improvement in the quality of care provided to critically ill patients. **Conclusion:** The adoption of a structured Clinical Nursing Supervision process, including audits and training, contributes to improving pain management in critically ill patients.

Keywords: Clinical Nursing Supervision, SafeCare Model, Pain Management, critically ill patient.

1 A SUPERVISÃO CLÍNICA E A GESTÃO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

O aumento do grau de complexidade e de exigência dos cuidados de saúde requer aos profissionais de saúde que a sua prática seja sustentada em evidência científica, uma maior flexibilidade e adaptabilidade a novas situações, culminando na inovação, na capacidade de mudança e aquisição de novos conhecimentos e práticas, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Teixeira, 2021).

A dor é multifatorial, sendo uma realidade patente pela maioria dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), com elevado impacto no tratamento e recuperação do doente crítico (Alnajar et al., 2021; Nordness et al., 2021). Assim, a gestão da dor em cuidados intensivos é uma exigência incontornável, tornando-se numa área de intervenção relevante para a prática de enfermagem, um dever profissional enquanto efetiva humanização dos cuidados de saúde e um padrão da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem ao doente crítico (Teixeira & Durão, 2016; Pinho, Carneiro & Alves, 2017; OE, 2018; Nordness et al., 2021).

Deste modo, a supervisão clínica em enfermagem (SCE) torna-se um pilar estruturante tendo um impacto direto na segurança da prática diária dos enfermeiros em UCI, através do suporte formal na tomada de decisão, na aquisição de competências técnico-científicas, no pensamento crítico-reflexivo, culminando em maiores níveis de satisfação no trabalho e num cuidar de excelência ao doente crítico. Construindo uma cultura supervisiva, através da implementação de auditorias direcionadas e periódicas, aliada a uma intervenção formativa supervisiva integrada num programa de formação contínua para enfermeiros de acordo com as necessidades identificadas, que vise sensibilizar e modificar atitudes e comportamentos clínicos, de forma a minimizar os incidentes críticos e maximizar a segurança do doente e dos cuidados prestados (Rodríguez et al., 2014; Bayatmanesh et al., 2020).

Pode-se considerar, assim, que é primordial capacitar os enfermeiros para uma correta avaliação da dor, de forma a ser precocemente detetada, recorrendo ao uso de instrumentos de avaliação válidos e adequados, combinando o tratamento farmacológico e não farmacológico (Teixeira & Durão, 2016; OE, 2017; Niza, 2018; Nordness et al., 2021).

2 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

2.1 Caraterização da população-alvo

A amostra foi constituída por 31 enfermeiros da UCI de um hospital do distrito do Porto. A maioria dos enfermeiros são do sexo feminino (55%) com idade entre 31-36 anos (26%). Relativamente à situação jurídica de emprego, 81% tem contrato de trabalho por tempo indeterminado, sendo 81% da categoria profissional Enfermeiro e 19% Enfermeiros especialistas. Nas habilitações académicas, 36% dos Enfermeiros têm uma pós-licenciatura de especialização em enfermagem, 35% têm licenciatura, 19% têm mestrado e 10% uma pós-graduação. Da especialização dos enfermeiros, 26% tem a pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica e 10% mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Relativamente ao tempo de exercício profissional como enfermeiros, 32% tem entre 11-15 anos, 23% entre 6-10 anos, 23% entre 21-25 anos, 16% entre 26-30 anos e 6% entre 16-20 anos de exercício profissional. Quanto ao tempo de experiência profissional na área de cuidados intensivos, 32% apresenta até 5 anos, 23% entre 6-10 anos, 16% entre 11-15 anos, 19% entre 16-20 anos e 10% entre 21-25 anos de experiência profissional em cuidados intensivos. Quanto ao tempo de exercício de funções como enfermeiro na unidade de cuidados intensivos verificou-se que 61% dos enfermeiros estão até 5 anos, 32% entre 16-20 anos, 3% entre 11-15 anos. Relativamente à formação em SCE, 19% dos enfermeiros têm essa formação, sendo que 13% têm competência acrescida em SCE e 6% pós-graduação em SCE.

2.2. Procedimentos Metodológicos

É um estudo quase-experimental (pré e pós-intervenção) e transversal, realizado a uma população de 31 enfermeiros de uma UCI no Porto. Este estudo tem como objetivos identificar a avaliação da dor em doentes críticos numa UCI, definir os conteúdos a integrar nas sessões de supervisão clínica com base no indicador sensível à supervisão clínica em enfermagem (IS-SCE) dor e comparar a avaliação da dor no doente crítico antes e após as sessões de supervisão clínica.

Os dados foram recolhidos através de auditorias ao IS-SCE Dor no doente crítico, através dos registos dos enfermeiros contidos no programa de registos clínicos B-Simple (B-ICU), a 92 processos clínicos, em novembro de 2022 (pré-intervenção) que permitiu identificar as necessidades dos enfermeiros da UCI sobre o IS-SCE Dor, e em maio de 2023 (pós-intervenção), que ocorreu após três meses das sessões de supervisão clínica.

As sessões formativas de supervisão foram constituídas por grupos pequenos, com uma duração de 60 minutos, no mês de fevereiro de 2023, sendo abrangida toda a equipa de enfermagem da UCI.

A base de análise de dados são os registos dos enfermeiros referentes à caraterização, o tratamento e a avaliação do IS-SCE Dor no doente crítico, tendo em consideração, a revisão da literatura e o protocolo de sedação, analgesia e delírium instituído na UCI onde decorreu o presente estudo.

Neste protocolo, existe um padrão de diferenciação na avaliação da dor, de acordo com o foro de diagnóstico (médico e cirúrgico). No doente crítico de foro médico, a dor é avaliada: i) na admissão; ii) de 6 em 6 horas; iii) quando presente, reavaliar uma hora após administração de analgesia; iv) aquando da realização de procedimentos invasivos. No foro cirúrgico, a dor é avaliada: i) na admissão; ii) nas primeiras 6 horas de internamento de 2 em 2 horas; iii) após as 6 horas até completar as 48 horas, de 4 em 4 horas; iv) após as 48 horas de 6 em 6 horas; v) quando dor presente, reavaliar a dor uma hora após administração de analgesia; vi) aquando da realização de procedimentos invasivos. A intensidade

da dor nos doentes críticos com ventilação espontânea (VE), é avaliada pela escala numérica da dor e nos doentes críticos com ventilação mecânica invasiva (VMI) é avaliada pela escala comportamental da dor.

A análise estatística e descritiva dos dados foi efetuada através do programa *Software Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 25.0.

3 RESULTADOS

Na pré-intervenção e pós-intervenção, os registos de enfermagem analisados são referentes aos mesmos enfermeiros. Em cada momento, foram examinados os registos efetuados pelos enfermeiros da UCI referentes a 46 doentes constantes no sistema *B-Simple*, perfazendo na totalidade 92 doentes críticos. Na pré-intervenção, verificou-se que 46 doentes completaram as 24 horas de internamento, 36 completaram 48 horas, 24 doentes 72 horas de internamento e 14 doentes mais de 72 horas de internamento.

A dor esteve presente nas 24 horas em 12 doentes (26,1%), sendo maioritariamente nos de foro cirúrgico (n=8). Nas 48 horas, a dor esteve presente em 7 doentes (19,4%), com predomínio nos do foro médico (n=5). Relativamente às 72 horas, a dor esteve presente em 3 doentes (12,5%) com predomínio nos do foro médico (n=2). Após as 72 horas, 5 doentes (35,7%) apresentavam dor, com predomínio nos doentes do foro médico (n=3).

A tipologia de dor predominante é a dor aguda generalizada (n=17), sendo o tipo de dor frequente nos doentes do foro médico (n=8) e cirúrgico (n=9). Na localização, constata-se que a região abdominal (n=11) como a localização da Dor mais frequente, sendo maioritariamente nos doentes de foro cirúrgico (n=7). Maioritariamente a duração da dor é intermitente (n=20), sendo os doentes de foro médico (n=11) os que mais a referenciaram. A intensidade da dor generalizada variou entre ligeira a moderada, sendo os doentes de foro médico (n=8) os que referiram frequentemente dor ligeira e os doentes de foro cirúrgico (n=7) moderada.

Os fatores exacerbadores de dor identificados foram a mobilização/posicionamento (n=12), constituindo o principal fator exacerbador no doente crítico, verificando-se uma equidade nos foros médico e cirúrgico (n=6). Relativamente à intensidade da dor de acordo com o tipo de ventilação e a escala da dor utilizada, verifica-se que o doente crítico com VE, apresenta uma variação de intensidade de dor, entre moderada (n=4) e ligeira (n=3), sendo o doente do foro cirúrgico, o que refere maioritariamente dor moderada (n=3) e o do foro médico o que apresenta dor de ligeira (n=2).

Nos doentes com VMI, verifica-se que a intensidade da dor predominante é ligeira (n=8), sendo maioritariamente o do foro médico (n=6) o que apresenta este tipo de dor.

Na gestão da dor, constata-se a combinação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos como sendo o mais utilizado (n=12), de forma semelhante nos doentes do foro cirúrgico (n=5) e médico (n=7).

Efetuiu-se a análise da avaliação da Dor, de acordo, com o foro médico (Tabela 1) e foro cirúrgico (Tabela 2) na pré-intervenção.

Tabela 1 – Avaliação da dor no doente crítico do Foro Médico na Pré-intervenção

Registos de enfermagem Foro Médico	Avaliação da Dor admissão		Avaliação da Dor De 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1 hora após administração analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Total	30	0	249	0	54	22	9	15
	100%		100%		71%	29%	38%	62%

Na avaliação no doente de foro médico, verifica-se que foi avaliada a dor em todos os doentes no momento de admissão (n=30) e de 6 em 6 horas (n=249). No entanto, constata-se a ausência de registos de enfermagem, no momento da realização de procedimentos invasivos (n=22) e na avaliação uma hora após administração de analgesia (n=15).

Tabela 2 – Avaliação da dor no doente crítico do Foro Cirúrgico na Pré-intervenção

Registos de enfermagem Foro Cirúrgico	Avaliação da Dor Admissão		Avaliação da Dor de 2 em 2 horas		Avaliação da Dor de 4 em 4 horas		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1 hora após administração analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Total	16	0	18	0	60	0	43	0	27	4	10	8
	100%		100%		100%		100%		87%	13%	56%	44%

Na avaliação no doente de foro cirúrgico, a dor foi avaliada no momento de admissão (n=16), de 2 em 2 horas (n=18), de 4 em 4 horas (n=60) e de 6 em 6 horas (n=43). Contudo, verifica-se ausência de avaliação no momento da realização de procedimentos invasivos (n=4) e na avaliação uma hora após administração de analgesia (n=8).

Na pós-intervenção, verifica-se que 46 doentes completaram as 24 horas, 40 doentes completaram 48 horas, 31 doentes 72 horas e 21 doentes mais de 72 horas de internamento. Nas primeiras 24 horas de internamento, identificaram-se 10 doentes (21,7%) com dor presente, sendo mais frequente nos doentes de foro cirúrgico (n=6). Quanto às 48 horas, a dor esteve presente em 6 doentes (15%), sendo de forma equitativa nos doentes do foro médico (n=3) e de foro cirúrgico (n=3). Relativamente às 72 horas, 2 doentes (6,5%) tinham dor presente, verificando-se que são do foro cirúrgico (n=2). E, após 72 horas, havia 4 doentes (19%) com dor presente, sendo predominantemente do foro médico (n=3). A tipologia de dor no doente crítico predominante é a dor aguda generalizada (n=8), sendo mais frequente nos doentes de foro cirúrgico (n=5). Relativamente à localização da dor, constata-se que os enfermeiros registaram a região abdominal (n=6) como a localização da dor mais frequente, sendo de forma equitativa nos doentes de foro médico (n=3) e de foro cirúrgico (n=3).

A duração da dor, segundo os registos de enfermagem, é caracterizada maioritariamente como uma dor intermitente (n=15), sendo frequente nos doentes de foro médico (n=8) e de foro cirúrgico (n=7).

Quanto à intensidade da dor generalizada, os enfermeiros registaram que a intensidade da dor mais frequente é a dor de intensidade moderada (n=8) sendo de forma equitativa nos doentes de foro médico (n=4) e de foro cirúrgico (n=4).

O fator que mais exacerba a dor, segundo os registos de enfermagem, é a mobilização/posicionamento (n=8), ocorrendo com maior frequência em doentes de foro médico (n=6). Nos doentes críticos com ventilação espontânea, observa-se uma distribuição equitativa da intensidade da dor, com casos de dor severa (n=1), moderada (n=1) e ligeira (n=1). Especificamente, os doentes de foro médico com ventilação espontânea apresentam predominantemente dor ligeira (n=1) e moderada (n=1), enquanto os doentes de foro cirúrgico com ventilação espontânea manifestam dor severa (n=1).

Nos doentes críticos submetidos a ventilação mecânica invasiva, a intensidade de dor mais frequentemente registada é a dor moderada (n=7), sendo mais prevalente nos doentes de foro cirúrgico (n=4).

Relativamente ao tratamento do IS-SCE Dor no doente crítico no período pós-intervenção, os registos de enfermagem indicam que a abordagem mais utilizada é a combinação de tratamento farmacológico e não farmacológico (n=14), aplicada de forma equitativa nos doentes de foro médico (n=7) e de foro cirúrgico (n=7).

Efetuuou-se a análise da avaliação da Dor, de acordo, com o foro médico (Tabela 3) e foro cirúrgico (Tabela 4) na pós-intervenção.

Tabela 3 – Avaliação do IS-SCE Dor no Foro Médico na Pós-Intervenção

Registos de enfermagem Foro Médico	Avaliação da Dor admissão		Avaliação da Dor De 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1 hora após administração analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Total	31	0	297	0	104	2	28	2
	100%		100%		98%	2%	93%	7%

A tabela 3, é referente à avaliação do IS-SCE Dor no doente de foro médico na pós-intervenção, segundo os registos dos enfermeiros, verifica-se que foi avaliado o IS-SCE Dor em todos os doentes no momento de admissão (31) e de 6 em 6 horas (297). No entanto, verifica-se a ausência de registos de enfermagem, aquando dos procedimentos invasivos (2) e no momento de avaliação uma hora após administração de analgesia (2).

Tabela 4 – Avaliação da dor no doente crítico do Foro Cirúrgico na Pós-intervenção

Registos de enfermagem Foro Cirúrgico	Avaliação da Dor Admissão		Avaliação da Dor de 2 em 2 horas		Avaliação da Dor de 4 em 4 horas		Avaliação da Dor de 6 em 6 horas		Avaliação da Dor Procedimentos Invasivos		Avaliação da Dor 1 hora após administração analgesia	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Total	15	0	15	0	56	0	81	0	37	1	19	1
	100%		100%		100%		100%		97%	3%	95%	5%

Na tabela 4, referente à pós-intervenção, segundo os registos de enfermagem, o IS-SCE Dor foi avaliado em todos os doentes do foro cirúrgico no momento de admissão (15), de 2 em 2 horas (15), de 4 em 4 horas (56) e de 6 em 6 horas (81). Quanto à ausência de registos de enfermagem, verifica-se que

ocorreu no momento dos procedimentos invasivos (1) e na avaliação da Dor uma hora após administração de analgesia (1).

A avaliação da Dor é um dos parâmetros do IS-SCE Dor a ser considerado com elevada relevância. Deste modo, serão demonstrados os resultados obtidos da análise da não avaliação do IS-SCE Dor e a sua comparação na pré-intervenção e pós-intervenção, sendo ainda estratificado de acordo com o foro médico ou foro cirúrgico.

Segundo os registos de enfermagem, relativamente ao não registo e não avaliação da dor no doente de foro médico, verifica-se que há diferenças estatísticas na não avaliação do IS-SCE Dor no doente de foro médico antes ($M=1,13$; $DP=1,668$) e após a intervenção supervisiva ($M=0,13$; $DP=0,428$), constatando-se uma diminuição no valor máximo (2) de não avaliações da dor na pós-intervenção comparativamente com a pré-intervenção (5).

Os resultados obtidos são confirmados pelo teste t para amostras emparelhadas. No teste t para amostras emparelhadas na não avaliação do IS-SCE Dor no doente de foro médico, pode-se verificar que o valor de t é de 3,698, com 30 graus de liberdade e com uma significância associada inferior a $p=0,001$.

Como tal, pode-se inferir que os enfermeiros diminuíram significativamente o número de não avaliações do IS-SCE Dor na pós-intervenção no doente de foro médico visto o teste t ($t(30)=3,698$; $p<0,001$) indicar diferenças estatísticas significativas.

Segundo os registos de enfermagem, relativamente ao não registo e não avaliação da dor no doente de foro cirúrgico, verifica-se que há diferenças estatísticas na não avaliação antes ($M=0,39$; $DP=0,761$) e após a intervenção supervisiva ($M=0,06$; $DP=0,359$), constatando-se uma diminuição no valor máximo (2) de não avaliações da dor na pós-intervenção comparativamente com a pré-intervenção (3).

Os resultados obtidos são confirmados pelo teste t para amostras emparelhadas. O teste t para amostras emparelhadas indica-nos que o valor de t é de 2,270, com 30 graus de liberdade e com uma significância associada inferior a $p=0,031$. Como tal, pode-se deferir que os enfermeiros diminuíram significativamente o número de não avaliações do IS-SCE Dor na pós-intervenção no doente de foro cirúrgico visto o teste t ($t(30)=2,270$; $p<0,031$) indicar diferenças estatísticas significativa.

4 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A supervisão clínica em enfermagem dá o seu contributo para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados na gestão da dor no doente crítico, baseado no modelo SafeCare, através de auditorias realizadas aos registos de enfermagem, de modo a identificar as práticas dos enfermeiros e as áreas com necessidade de intervenção supervisiva relacionadas com o IS-SCE Dor, no que concerne à avaliação e gestão da dor. E, posteriormente serem integradas em sessões supervisivas, em formato de sessões formativas e acompanhamento. A auditoria da pós-intervenção, foi realizada três meses após as sessões supervisivas, de forma a verificar se houve mudança de atitudes, maior consciencialização dos enfermeiros para a avaliação da dor e melhores cuidados de enfermagem direcionados à gestão da dor no doente crítico.

Assim, o presente estudo permitiu perfilar o diagnóstico de situação do IS-SCE Dor no contexto de UCI, implementando um pensamento critico-reflexivo nos enfermeiros da UCI, e consequentemente, demonstrando o empoderamento da supervisão clínica em enfermagem, através do modelo SafeCare e do IS-SCE Dor em UCI, contribuindo para o aperfeiçoamento do conhecimento e da prática clínica

dos enfermeiros na UCI, capacitando-os para a tomada de decisão que garanta e assegure a melhoria contínua de cuidados ao doente crítico.

De acordo com os registos dos enfermeiros em ambos os momentos (pré e pós-intervenção) verificou-se que a dor está presente nas primeiras 24 horas no doente do foro cirúrgico e nas 48 horas no doente de foro médico, estando em concordância com resultados de outros estudos (López-Alfaro et al., 2019; Harvin & Kao, 2020). A diferença na presença de dor deve-se não só à patologia e complicações associadas ao estado crítico, mas também à imobilização e constante realização de procedimentos invasivos no decorrer do internamento (Bambi et al., 2019).

O tipo e localização da dor encontra-se diretamente relacionada com o motivo de admissão, a cirurgia, a patologia e as comorbilidades (López-Alfaro et al., 2019). Neste estudo, constata-se que o tipo de dor maioritariamente registada é dor aguda generalizada, localizada na região abdominal, com duração intermitente.

A intensidade da dor é influenciada pelo tipo de procedimentos invasivos, pelos diagnósticos cirúrgicos ou de trauma subjacentes e pelos fatores demográficos (Devlin et al., 2018). Os doentes críticos com VE e sem sedação que conseguem fazer o autorrelato referem ter mais dor e comunicam a dor com mais exatidão, contrariamente aos doentes com VMI e sedados (Puntillo, 2016).

A mobilização/posicionamento é o fator que exacerba mais a dor, passando a uma dor de intensidade moderada a severa (Shaikh et al., 2018).

A gestão da dor eficaz no doente crítico, combina o tratamento farmacológico e não farmacológico, de modo a maximizar a analgesia e minimizar a sedação (Nordness et al., 2021). Neste estudo os enfermeiros avaliaram e registaram a dor de forma periódica em todos os doentes de foro médico e cirúrgico (100%), no entanto, verifica-se ausência de avaliação e de registos na avaliação da dor uma hora após administração de analgesia e aquando da realização de procedimentos invasivos. Bambi et al. (2019) reforçam a importância da reavaliação da dor após a administração de analgesia e aquando da realização de procedimentos invasivos.

Posto isto, considerou-se que as áreas de intervenção da SCE deveriam incidir na formação estruturada sobre a Dor que envolvesse a avaliação e documentação da Dor com enfoque particular nas intervenções de enfermagem que facilitam a sua gestão em UCI. Foi perceptível que as sessões supervisivas em pequenos grupos trazem benefícios porque permitem aprofundar um tema específico, expor dúvidas, trocar experiências, promovem o conhecimento técnico-científico e o pensamento crítico-reflexivo através de uma prática baseada na evidência no cuidado ao doente crítico.

Pode-se, ainda, verificar que há diferenças estatísticas significativas na “não avaliação da dor” no doente de foro médico entre a pré e pós-intervenção supervisiva ($t(30) = 3,698$; $p < 0.001$), e na “não avaliação da dor” no doente de foro cirúrgico entre a pré e pós-intervenção supervisiva ($t(30) = 2,270$; $p < 0.031$). Os enfermeiros diminuíram significativamente o número de não avaliações da dor na pós-intervenção no doente de foro médico e foro cirúrgico, e consequentemente, verificou-se uma melhoria significativa na gestão da dor. Waterfield e Barnason (2020), reforçam esta ideia ao afirmar que a gestão inadequada da dor passa por uma incorreta ou ausência de avaliação da dor.

Os resultados obtidos das auditorias (pré-intervenção e pós-intervenção) mostraram uma melhoria na qualidade da avaliação da dor e dos registos de enfermagem na pós-intervenção, apresentando resultados semelhantes aos do estudo de Ramukumba e Amouri (2019). Globalmente, verifica-se uma melhoria em todos os parâmetros do IS-SCE Dor, podendo inferir-se que a SCE tem impacto positivo no contexto de uma UCI, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados

prestados ao doente crítico, tal como já constatado em estudos anteriores que tiveram por base o mesmo modelo de supervisão clínica em enfermagem – Modelo SafeCare (Cruz, 2012; Augusto, 2020; Teixeira, 2021; Rocha, 2022; Santos, 2022). As auditorias ao IS-SCE Dor mostraram ser uma estratégia supervisiva eficaz que permitiram monitorizar os registos de enfermagem, e consequentemente, implementar medidas que promoveram a melhoria da qualidade dos processos e cuidados de enfermagem.

A gestão da dor eficaz está associada a melhores *outcomes* nos doentes críticos, sendo primordial a sua correta avaliação e documentação. Este facto demonstra que é necessária uma reeducação dos enfermeiros sobre a avaliação e gestão da dor (Chanques & Gélinas, 2022). Assim, a SCE destaca-se como o pilar estruturante da gestão da dor no doente crítico.

Pode-se considerar que foram atingidos os objetivos propostos, através dos resultados obtidos e explanados ao longo do estudo. Expondo ainda os contributos da SCE no contexto de UCI e no IS-SCE Dor no doente crítico. Contudo, no decorrer do estudo, levantaram-se algumas inquietações e emergiram alguns aspetos a serem desenvolvidos à posteriori deste estudo. Assim, considera-se pertinente neste contexto a avaliação do IS-SCE Dor aos seis e doze meses pós-intervenção, como uma oportunidade para a segurança e qualidade de cuidados prestados ao doente crítico.

Em futuras investigações poder-se-á perceber o grau de satisfação do doente crítico e da família relativamente à gestão da Dor no contexto de uma unidade de cuidados intensivos.

Também, na sequência deste estudo e como proposta sugere-se continuar a investigar no contexto da UCI, aliado à SCE e aos IS-SCE, de forma a demonstrar o papel preponderante, ativo e evolutivo que a SCE acrescenta aos cuidados de saúde, através dos modelos de supervisão clínica e das estratégias supervisivas. Aliado a isto, é indiscutível que a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes e profissionais é favorecida pela adoção de uma cultura de supervisão clínica nas instituições e nos seus profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Alnajar, M., Shudifat, R., Mosleh, S., Ismaile, S., N'erat, M. & Amro, K. (2021). Pain assessment and management in intensive care unit: nurses' practices, perceived influencing factors, and educational needs. *The Open Nursing Journal*, 15, 170-178. <https://doi.org/10.2174/1874434602115010170>
- Augusto, C. (2020). *Contributo da implementação da supervisão clínica em enfermagem para a qualidade dos cuidados*. [Tese de doutoramento em ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/133881>
- Bambi, S., Galazzi, A., Pagnucci, N., & Giusti, G. D. (2019). Pain assessment in adult intensive care patients. *Scenario® - Il Nursing Nella Sopravvivenza*, 36(2), e1-e12. <https://doi.org/10.4081/scenario.2019.388>
- Bayatmanesh, H., Tafreshi, Z., Manoochehri, H., & Baghban, A. (2020). Clinical auditing of patient safety standards before and after implementation of the training program in intensive care units. *Advances in Nursing & Midwifery*. 29(3). 24-32. <https://doi.org/10.29252/anm-29064>
- Cruz, S. (2012). *Do Ad Hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/12619>
- Chanques, G., & Gélinas, C. (2022). Monitoring pain in the intensive care unit (ICU). *Intensive Care Medicine*. Springer. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06807-w>

- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, M., Slooter, C., Pandharipande, P., Watson, L., Weinhouse, L., Nunnally, E., Rochweg, B., Balas, C., van den Boogaard, M., Bosma, J., Brummel, E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, L., Harris, E., ... & Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825-873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Harvin, J., & Kao, L. (2020). Pain management in the surgical ICU patient. *Co-criticalcare*, 26 (6), 628-633. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000773>
- López-Alfaro, M., Echarte-Nuin, I., Fernández-Sangil, P., Moyano-Berardo, B., & Goñi-Viguria, R. (2019). Percepción del dolor de los pacientes posquirúrgicos en una unidad de cuidados intensivos. *Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)*, 30(3), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>
- Niza, P. (2018). *Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção especializada de enfermagem* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola superior de enfermagem de Lisboa). <http://hdl.handle.net/10400.26/25327>
- Nordness, M., Hayhurst, C., & Pandharipande, P. (2021). Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research*, 14. 1733–1744. <https://doi.org/10.2147/JPR.S256406>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica: na área de enfermagem á pessoa em situação crítica, na área de enfermagem á pessoa em situação Paliativa, na área de enfermagem á pessoa em situação Peri-operatória e na área de enfermagem á pessoa em situação crónica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria. Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Peri operatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Regulamento n.º 429/2018 -Diário da República nº135/2018, Série II de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Pinho, J., Carneiro, H. & Alves, F. (2017). *Plano nacional de avaliação da dor*. Sociedade portuguesa de cuidados intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Puntillo, K., (2016). Pain assessment and management for intensive care unit patients – seeking best practices. *ICU Management e practices*, 16(4) p.233-236 https://healthmanagement.org/uploads/article_attachment/icu-v16-i4-puntillo-pain.pdf
- Rocha, I. (2022). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: contributos para o autocuidado, satisfação profissional e competência emocional*. [Tese de doutoramento em Enfermagem, Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/139953>
- Rodríguez, G., Cabases, M., Delgado, M., Reboll, F., Peris, A., & Saera, M. (2014). Audits in real time for safety in critical care: definition and pilot Study. *Medicina intensiva*, 38(8), 473-482. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.11.008>
- Santos, R. (2022). *Dor e Ferida Cirúrgica: Contributos para a implementação da supervisão clínica em cirurgia de ambulatório* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/43872>
- Shaikh, N., Tahseen, S., Ul Haq, Q., Al-Ameri, G., Gnaw, A., Chanda, A., Zubair Labathkhan, M., & Kazi, T. (2018). Acute pain management in intensive care patients: Facts and figures. *Pain Management in Special Circumstances*. Intechopen, 1-14. <https://doi.org/10.5772/intechopen.78708>

- Teixeira, A. (2021). *Supervisão clínica em enfermagem - contributo para a prática baseada na evidência e competência emocional*. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/136599>
- Teixeira, J. & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de enfermagem referência*, 4(10). 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Waterfield, D., & Barnason, S. (2021). Use of PADIS Assessment Tools by Critical Care Nurses: An Integrative Review. *Western journal of nursing research*, 43(9), 843–858. <https://doi.org/10.1177/0193945920973025>