

Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Gestão da dor na pessoa em situação crítica
impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção
especializada de enfermagem

Paula Cristina Pinto Simas Niza

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Relatório de Estágio


**Gestão da dor na pessoa em situação crítica
impossibilitada da sua autoavaliação: uma intervenção
especializada de enfermagem**

Paula Cristina Pinto Simas Niza

Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green lines that sweep upwards and to the right, mirroring the style of the ESEL logo.

“A dor é inevitável. O sofrimento é opcional.”

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Carla Nascimento, pela disponibilidade, empenho, exigência e rigor na orientação durante este percurso;

Aos enfermeiros orientadores e restantes equipas, pela disponibilidade e partilha;

À minha amiga João, pela amizade e suporte ao longo deste percurso;

Ao Francisco, meu companheiro e amigo, pelo amor, determinação e pela ajuda preciosa nos momentos mais duros;

Às minhas filhas Joana e Sofia, privadas do meu tempo, pelo carinho e compreensão;

À minha família, pela motivação.

LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CRRNU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar

EN – Escala Numérica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FA – Fibrilhação Auricular

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PiCCO – *Pulse Induced Contour Cardiac Output*

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SAV – Suporte Avançado de Vida

SE – Sala de Emergência

SI – Sistema Informático

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UO – Unidade de Observação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

VV – Via Verde

RESUMO

Embora seja um tema atual, sujeito a instituição de normas e atualizações constantes (Ordem dos Enfermeiros, 2008), a dor continua a ser um problema de saúde (Stites, 2013). A maioria das situações de cuidados de saúde têm dor associada, cabendo aos profissionais desenvolver uma abordagem eficaz (Direção-Geral da Saúde, 2003). A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável (International Association for the Study of Pain, 2010). Esta definição remete-nos para a natureza subjetiva da dor, o que justifica privilegiar a autoavaliação como melhor forma de avaliação (Rahu et al., 2015). Quando se trata de uma pessoa em situação crítica, submetida a ventilação mecânica invasiva, sedada e/ou inconsciente, a autoavaliação da dor fica comprometida, verificando-se um risco acrescido de inadequada gestão da dor (Doran, 2011; Herr & Mccaffery, 2011).

O enfermeiro tem não só o dever de avaliar a dor na pessoa em situação crítica, como também de identificar e planear intervenções adequadas ao seu controlo intervindo na sua gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Com o objetivo de desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica impossibilitada de autoavaliar a dor, foi realizado um estágio em dois contextos de saúde: serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos. O presente relatório pretende revelar este percurso formativo, através da descrição, análise e reflexão das atividades realizadas, bem como as principais competências desenvolvidas, nomeadamente, basear a práxis clínica em sólidos padrões de conhecimento, promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas.

O referencial Teórico do Conforto de Katharine Kolcaba norteou este percurso de desenvolvimento de competências em enfermagem.

Palavras-chave: dor, gestão da dor, pessoa em situação crítica, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Although it is a current topic, subject to institution of norms and constant updates (Ordem dos Enfermeiros, 2008), pain is still an health problem (Stites, 2013).

Most health care actions have associated pain, and it is up to practitioners to develop an effective approach (Direção-Geral da Saúde, 2003).

Pain is defined as an unpleasant sensory and emotional experience (International Association for the Study of Pain, 2010). This definition refers us to the subjective nature of pain, which justifies privileging the self-assessment as the best form of evaluation (Rahu et al., 2015). When it comes to a critical ill patient, undergoing invasive mechanical ventilation, sedated and/or unconscious, self-assessment of pain is compromised and there is an increased risk of inadequate pain management (Doran, 2011; Herr & Mccaffery, 2011).

The nurse has not only the duty to evaluate the pain in the critical ill patient, but also to identify and plan interventions appropriate to their control, according to the skills that allow them to intervening in their management (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

With the objective of developing specialized nursing skills in the care of the critically ill person unable to self-assess pain, an internship was carried out in two health contexts: Urgency Department and Intensive Care Unit. This report intends to reveal this formative course, through the description, analysis and reflection of the activities carried out, as well as the main competences developed, namely to base clinical practice on solid knowledge standards, to promote continuous improvement of quality of care, to provide care the person in an emergent situation and anticipating the instability and risk of organic failure and demonstrate knowledge and skills in the differentiated management of the pain and well-being of the critical ill patient, optimizing the responses.

The theoretical framework of Katharine Kolcaba's Comfort guided this development of nursing competences.

Key words: pain, pain management, critically ill patient, nursing interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	21
1.1. Pessoa em situação crítica com dor.....	21
1.2. Gestão da dor na pessoa em situação crítica.....	23
1.3. O conforto e a dor na prática do enfermeiro.....	28
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM.....	31
2.1. Estágio 1 – Serviço de Urgência Polivalente.....	32
2.2. Estágio 2 – Unidade de Cuidados Intensivos.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo I – Versão Portuguesa da Escala BPS

APÊNDICES

Apêndice I – Sessão de formação “Reanimação com suporte extracorporeal e dispositivo mecânico de compressão”

Apêndice II – Sessão de formação “Queda de doentes na Urgência Geral Polivalente”

Apêndice III – Sessão de formação “Segurança Contra Incêndios”

Apêndice IV – 4º Encontro de Enfermagem de Emergência do Doente Crítico 2017

Apêndice V – Sessão de formação “Gestão da dor na PSC”

Apêndice VI – 25ª Jornadas da Dor do Hospital Garcia de Orta

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio 1.....	34
Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio 2.....	53

INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano (Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2010). Esta definição enfatiza a natureza subjetiva da dor sugerindo que esta só existe quando reportada pela pessoa.

Em Portugal, a gestão da dor tornou-se uma prioridade e ao longo dos últimos anos vários têm sido os esforços para dar resposta a esta questão, nomeadamente, a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2001a), do Programa Nacional do Controlo da Dor (DGS, 2008) e do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013a). Contudo, este continua a ser um problema significativo nas Unidades de Cuidados Intensivos (Stites, 2013) onde a Pessoa em Situação Crítica (PSC) submetida a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), sedada ou com alterações neurológicas está por isso impossibilitada de autoavaliar a dor (Park & Kim, 2014). A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2012) refere que a PSC tem frequentemente dor, não sendo esta sempre valorizada na medida da sua importância dadas as prioridades de intervenção ao doente crítico.

Alguns estudos feitos demonstram que a dor tem uma incidência de até 50% na PSC do foro cirúrgico e médico (Chanques et al., 2009; Payen et al., 2007). O seu tratamento adequado é um direito de todos os doentes, sendo consensual o impacto que a dor tem no aumento do risco de complicações, aumento da instabilidade clínica e diminuição do conforto e bem-estar (DGS, 2013a).

A dor é um sintoma e um sinal comum e angustiante na PSC e se não controlada coloca a pessoa em risco de inúmeras consequências fisiológicas e psicológicas adversas, podendo algumas tornar-se fatais (Payen et al., 2001; Stites, 2013).

Deste modo, o controlo da dor torna-se prioritário influenciando a estabilidade clínica da PSC, sendo defendido que a dor deve ser equiparada ao 5º sinal vital, pela sua necessidade de monitorização e vigilância sistemática, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (DGS, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2008). A gestão da dor engloba assim, a avaliação, monitorização e seu controlo através da correção das complicações relacionadas com a mesma, da

educação da pessoa e da família e documentação de todas as intervenções realizadas (Yüceer, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008, p.11) refere que como “profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor”. Em particular, os enfermeiros especializados devem desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserido no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em PSC, tendo como tema central a “Gestão da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada da sua autoavaliação”, pretendendo demonstrar de forma crítica e reflexiva o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem e de grau de mestre.

A temática em estudo, para além de ter como fonte motivações pessoais, advém ainda de uma necessidade profissional proveniente da prática diária de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde frequentemente contacto com pessoas submetidas a VMI, sedadas ou com alterações neurológicas e por isso impossibilitadas de autoavaliar a dor. Neste contexto, a avaliação da dor nestes doentes torna-se um desafio (Urden, Stacy, & Lough, 2014), dificultado pela inadequada aplicação dos instrumentos em uso (escala numérica e escala qualitativa). A gestão eficaz da dor carece de uma avaliação segura e exata, o que depende do uso de escalas adequadas (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013).

O planeamento deste percurso incluiu a elaboração de um projeto de estágio de forma a dar resposta aos objetivos propostos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em PSC (ESEL, 2010), às metas enunciadas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013) e às competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da PSC (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro; Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro). Tive em conta a temática do meu projeto e o modelo de Dreyfus de aquisição de competências adaptado por Benner (2001) para a prática de enfermagem, que dá relevância à experiência e ao domínio das capacidades, na

transformação da competência, de forma a otimizar a prática de prestação de cuidados.

Das competências referidas nestes documentos, saliento as seguintes a desenvolver:

- Basear a práxis clínica em sólidos padrões de conhecimento;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas.

Com o objetivo geral de desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na PSC, foram realizados estágios em dois contextos de saúde: Serviço de Urgência (SU) e UCI.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e/ou risco de falência orgânica e sua família;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC impossibilitada de autoavaliar a dor;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros no âmbito da avaliação e controlo da dor.

Ao longo de todo o percurso pautei a minha prática por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pela ética e pelos direitos humanos (OE, 2015).

No final deste percurso é meu desejo consciencializar a equipa de enfermagem do meu contexto de trabalho para a importância da avaliação da dor com instrumentos apropriados para uma gestão eficaz e implementar uma escala de heteroavaliação.

Para a elaboração deste trabalho recorri a pesquisa bibliográfica que sustenta e contextualiza os motivos apresentados para a escolha da temática, contando igualmente com a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre as intervenções não-farmacológicas mais utilizadas na gestão da dor da PSC. Escolhi esta temática devido ao facto destas intervenções poderem ser utilizadas como forma complementar às intervenções farmacológicas na gestão da dor, sendo ainda intervenções autónomas de enfermagem. A falta de conhecimento, a falta de treino e

a falta de tempo, são algumas das barreiras atribuídas pelos enfermeiros à sua utilização (Urden et al., 2014). A formação contínua de forma a atualizar conhecimentos sobre as intervenções não-farmacológicas é uma estratégia para ultrapassar essas barreiras, visando a sua implementação na prática do enfermeiro (Tracy & Chlan, 2011).

Tendo em conta que um dos objetivos da avaliação e controlo da dor é a promoção do bem-estar e conforto da pessoa, e sabendo que Kolcaba define conforto como “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress” (1994, p.1178), como sejam a presença de dor, escolhi como referencial teórico de enfermagem a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Cuidar da PSC com dor, pressupõe a garantia do conforto, sendo este considerado como um *outcome* desejável dos cuidados de enfermagem e ao mesmo tempo um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem dirigida à PSC que apresenta dor (Kolcaba, 2003; Tomey & Alligod, 2004).

O presente relatório está organizado em duas partes, para além da introdução onde é referida a temática a abordar, as razões da sua escolha, as competências e os objetivos a atingir. Na primeira parte, pretendo apresentar o enquadramento teórico que sustenta a ação desenvolvida. Na segunda, descrevo o percurso de estágio com a análise reflexiva das atividades realizadas, resultados obtidos e respetivas competências desenvolvidas. Por último, as considerações finais onde se englobam as principais dificuldades e as perspetivas futuras de desenvolvimento.

Este trabalho rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da ESEL (Godinho, 2017), estando a referenciação bibliográfica conforme a norma da American Psychological Association (2010) - 6ª Edição.

1. A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Este capítulo encerra a revisão da literatura efetuada sobre a gestão da dor na PSC, constituído por três subcapítulos.

1.1. Pessoa em situação crítica com dor

Apesar dos avanços da investigação sobre a gestão da dor na PSC 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, Faughnan, & Morgan, 2002; Joffe, Hallman, Gélinas, Herr, & Puntillo, 2013). A pessoa incapaz de autoavaliar a dor está particularmente vulnerável, dada a sua dificuldade ou impossibilidade de comunicar a experiência da dor ou de descrever a sua intensidade, influenciando assim a sua avaliação efetuada pelos profissionais (Park & Kim, 2014).

A PSC ou doente crítico é a pessoa com risco de ou com disfunção/falência de órgãos ou sistemas e que para sobreviver necessita de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ordem dos Médicos & SPCI, 2008). Autores como Benner, Kyriakidis, e Stannard (2011), referem que o doente crítico é aquele que está em situação aguda por doença ou lesão, tornando-se incapaz de manter o seu equilíbrio fisiológico de forma independente e revela assim um risco elevado de desenvolver instabilidade de diferentes focos orgânicos.

Por sua vez, a dor pode ser considerada “(...) uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade” (OE, 2008, p.11).

De referir que existem dois tipos de dor, a aguda e a crónica. Esta é considerada aguda se tiver uma curta duração e geralmente corresponde a um processo de tratamento não superior a 30 dias. É considerada dor crónica a 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).

Ambos os tipos de dor podem ter origem nociceptiva ou neuropática. A dor nociceptiva pode ser somática ou visceral. Somática se envolve os tecidos superficiais tais como pele, músculos, articulações e ossos e visceral se envolve órgãos como o coração ou o estômago. Na dor neuropática, a origem pode ser central ou periférica, sendo este tipo difícil de controlar requerendo usualmente uma abordagem multimodal, ou seja o uso de uma combinação de vários fármacos assim como o uso de intervenções não-farmacológicas (Urden et al., 2014).

A PSC internada na UCI, apresenta níveis significativos de dor e desconforto provenientes de múltiplas fontes intrínsecas e extrínsecas (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008). Alfarrobinha, Pedro, Moutinho de Oliveira, Nobre e Ferreira de Matos, (2013, p.13), referem que “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”. 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), cabe-nos a nós, enfermeiros especializados, gerir a dor e o bem-estar da PSC de forma diferenciada, otimizando as respostas, 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 PSC, 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 função da dor pode ser considerada vital, dado ser um indicador importante enquanto sinal e sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, sendo por isso um sinal de alarme. No entanto, não possui qualquer outra vantagem, muito pelo contrário, pois para além do sofrimento e da diminuição da qualidade de vida que provoca contribui para comorbilidades orgânicas e psicológicas podendo conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008). De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, este tem o dever de participar nos esforços profissionais que conduzem à qualidade de vida (OE, 2015), ameaçada pela presença de dor.

A qualidade, a quantidade e o impacto da dor são influenciados por fatores individuais, tais como experiências de dor anteriores, a causa da dor e suas consequências (Doran, 2011). Assim, a melhor forma de procedermos à sua avaliação

seria a autoavaliação (Rahu et al., 2015) pelo que, quando esta não é possível o risco de inadequada gestão da dor aumenta (Doran, 2011; Herr & Mccaffery, 2011).

1.2. Gestão da dor na pessoa em situação crítica

A dor foi durante muito tempo considerada como algo de inevitável, uma fatalidade. Com o desenvolvimento do conhecimento compreendeu-se que a mesma pode ser gerida e até mesmo prevenida.

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, Santos, Alves, e Costa (2007) defendem que essa avaliação deve ser completa, incluindo 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).

Tendo consciência que, “todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes” (DGS, 2003, p. 4), o seu controlo é um direito dos doentes e um dever dos profissionais (DGS, 2003; OE, 2008).

Por outro lado, as intervenções realizadas à PSC, tais como procedimentos, implantação de dispositivos, imobilidade, etc., são na maioria das vezes dolorosas (Ministry of Health - Region of Madrid, 2017). O Plano Nacional de Luta contra a Dor aconselha que quando uma intervenção médica provoca dor ou sofrimento é inaceitável que não se proporcione à pessoa todos os meios de alívio da dor e sofrimentos inúteis (DGS, 2001a). Para humanizar os cuidados numa UCI uma das áreas prioritárias de intervenção é a promoção do bem-estar das pessoas, onde está incluída a gestão da dor (DGS, 2008; Ministry of Health - Region of Madrid, 2017).

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, Fortier, Viens, Fillion, & Puntillo, 2004).

A dor deve ser avaliada e registada uma vez por turno inclusive quando não existe o diagnóstico de dor e sempre que se observem sinais sugestivos de dor intensa, tais como alterações comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais (Batalha, 2016). Segundo recomendação da SPCI (2012), a dor deve ser avaliada e monitorizada em todos os doentes uma vez por turno, no início deste e/ou antes do início de um procedimento doloroso. Neste caso, a sua avaliação/monitorização deve ser ainda efetuada durante o procedimento doloroso, 15 minutos após o mesmo e reavaliada 30 minutos após intervenção farmacológica ou não-farmacológica. A SPCI defende ainda que após a avaliação da dor deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais e privilegiar a autoavaliação no doente consciente e com funções cognitivas mantidas. Para este fim, existem algumas escalas que permitem avaliar a dor para que se possa intervir no seu controlo. Sendo a autoavaliação a recomendada, a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica da Dor são as escalas mais válidas e fiáveis em doentes conscientes e colaborantes (DGS, 2003). A escolha correta da escala deve ser feita de acordo com a situação clínica da pessoa.

Na situação particular do SU, o enfermeiro no momento da triagem tem uma função importante na avaliação da dor. Existe contudo uma dificuldade acrescida nessa avaliação isto porque, quando solicitada a sua autoavaliação à entrada no SU existe uma tendência por parte dos doentes para sobrevalorizar a dor de forma a justificar o atendimento e a diminuir assim o tempo de espera (Bible, 2006). A evidência mostra que para contornar esta situação, os enfermeiros optam por fazer uma heteroavaliação da dor, em detrimento da sua autoavaliação, pelo que a avaliação da dor no momento da triagem deve ser alvo de uma abordagem multifacetada, baseando-se também ela, na expressão facial, nas expressões verbais do doente, nas informações relativas à localização, duração, fatores de agravamento ou de alívio, em parâmetros fisiológicos e comportamentos apresentados (Ganley, 2011). Contudo a subjetividade inerente ao fenómeno da dor pode conduzir a que os enfermeiros através dessa heteroavaliação subestimem ou subvalorizem essa dor. Neste sentido, um estudo realizado por Puntillo, Neighbor, O'Neil, e Nixon (2003) que ao comparar a avaliação da dor feita pelos doentes que recorrem ao SU e pelos enfermeiros da triagem, sugere que seria importante basear a avaliação da dor na autoavaliação.

Nos doentes impossibilitados de autoavaliar a dor, a mesma é avaliada de forma subjetiva. Existem escalas de avaliação onde são considerados critérios subjetivos como sendo a expressão facial e o movimento da pessoa no leito, bem como certos parâmetros fisiológicos tais como a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória e a sudorese. De acordo com a SPCI (2012, p.7), “a dor em pacientes que não podem comunicar, deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos” e através de escalas próprias - *Behavioral Pain Scale (BPS)*, *Adult Nonverbal Pain Scale*, *Nonverbal Pain Assessment Tool* e *Critical-Care Pain Observation Tool* - que favorecem uma abordagem sistematizada, melhorando a gestão da dor em contexto de UCI (Cade, 2008).

Na PSC submetida a VMI, sedada ou com alterações neurológicas e por isso impossibilitada de autoavaliar a dor, desde que a sua função motora permaneça intacta, as alterações comportamentais provenientes da presença de dor são observáveis, estando nestes casos aconselhado o uso da escala BPS (Ferreira et al., 2014; Park & Kim, 2014). Esta escala foi desenvolvida por Payen et al. (2001) e desde então é internacionalmente utilizada em doentes submetidos a VMI incapazes de autoavaliar a dor, sendo a recomendada pela SPCI após estudo nas UCIs portuguesas (2012). Esta escala foi submetida a avaliação das suas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade) e validada semântica e culturalmente para a população portuguesa (Batalha et al., 2013).

Na escala BPS são avaliados 3 itens - a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador (Anexo I). Esta escala não fornece informação sobre a qualidade, tipo ou localização da dor (Batalha et al., 2013). Na sua utilização temos ainda que ter presente que os fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares, a diminuição da força muscular, e o uso da contenção física, têm influência na capacidade motora da PSC condicionando o movimento dos membros. Nesta escala, a pontuação mínima é de 3, sendo neste caso considerado que o doente não apresenta dor e a pontuação máxima é de 12, que equivale a um nível de dor máximo. Valores superiores a 4 significam a presença de dor (Young, Siffleet, & Nikoletti, 2006).

De salientar que as escalas da dor devem ser consideradas pela equipa de enfermagem como valiosos instrumentos para a sua gestão, sobretudo na PSC 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).

Esta avaliação pode ainda permitir reconhecer que o doente não tem dor e assim, tal como refere Cade (2008), proporcionar a diminuição do nível de sedação e analgesia, possibilitando a extubação precoce e a sua eventual transferência da UCI. Sabe-se que, tal como referem Olsen, Rustøen, Sandvik, Jacobsen, e Valeberg (2016), quanto mais dias de entubação/ventilação maior a probabilidade de pneumonias associadas à ventilação, maior o risco de barotrauma e maiores os custos em saúde. Deste modo, a gestão eficaz da dor torna-se numa medida crucial, quer melhorando os *outcomes* na PSC, quer com evidentes ganhos económicos a nível organizacional.

Para além da melhoria nos *outcomes* da PSC, a gestão da dor é um dos elementos-chave na promoção do conforto e uma medida essencial na prevenção de complicações a curto e a longo prazo, como seja o síndrome pós-UCI¹. Ao intervirmos na sua gestão podemos reduzir o *stress* pós-traumático que advém deste internamento e prevenir a dor crónica, já que a persistência da dor aguda se pode transformar em dor crónica (Ministry of Health - Region of Madrid, 2017).

Devemos ainda ter consciência que a presença de dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar, implicando partilha de responsabilidades entre os vários profissionais de saúde. A multidisciplinaridade é uma condição essencial na promoção do conforto da pessoa (Kolcaba, 2003). É fundamental a implementação de “estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes [que] são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional” (OE, 2008, p.11). Todos os profissionais envolvidos no cuidar da PSC com dor devem ter preocupação na avaliação da dor, na identificação de áreas de melhoria, na definição de planos de melhoria, tais como a implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação e a formação dos profissionais de forma a melhorar a prática baseando-se na evidência disponível (Glowacki, 2015). Enquanto profissionais de saúde, com responsabilidade pelo cuidar, os enfermeiros têm o dever de identificar a pessoa que sente dor, avaliar a sua intensidade, planear as intervenções adequadas ao seu controlo e reavaliar a dor (OE, 2008). Torna-se

¹ Distúrbios psicoafectivos com alterações no humor, e/ou sintomatologia psicótica com possibilidade de surgirem quadros depressivos (Hewitt, 2002)

fundamental reavaliar a dor após as intervenções efetuadas, de forma a reajustar essas mesmas intervenções de acordo com os resultados obtidos (Ferreira et al., 2014).

A gestão da dor requer esforços de toda a equipa, onde devem estar incluídos o doente e sua família (Yüceer, 2011). Estes, para além de fornecerem dados sobre a “história da dor”, devem ser informados sobre como identificar a dor, como usar as escalas de dor, fatores que afetam a dor, opções de tratamento, efeitos secundários das intervenções farmacológicas e até, quando necessário treino no uso de dispositivos individuais de auto analgesia designados de *Patient Controlled Analgesia* (Yüceer, 2011).

Por outro lado, 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 anti convulsivantes, antidepressivos tricíclicos, corticoides, reguladores do metabolismo do cálcio, relaxantes musculares, ansiolíticos e antiespasmódicos (Park & Kim, 2014). A escolha do fármaco a utilizar e a sua via de administração depende dos recursos disponíveis, do tipo de dor que a PSC apresenta e da resposta individual habitual aos diferentes fármacos (Urden et al., 2014).

Podemos ainda considerar o uso de intervenções não-farmacológicas. Estas 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). Um estudo revelou que o aumento do uso de intervenções não-farmacológicas com métodos básicos de conforto (por exemplo, o posicionamento, o controlo de temperatura, o uso de gelo e a música), em doentes durante o período peri operatório permitiu melhorar a gestão da sua dor (Hayes & Gordon, 2015). O investimento em intervenções não-farmacológicas, dado serem um procedimento acessível e mais económico é um caminho a seguir (Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2013).

Na RIL realizada foram identificadas como intervenções não-farmacológicas mais utilizadas na gestão da dor 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, sendo esta última referida como a mais benéfica na gestão da dor. Os resultados obtidos apontam ainda para que no geral as intervenções não-farmacológicas sejam fáceis de implementar, seguras, económicas e não exigindo o dispêndio de muito tempo por parte do enfermeiro. São intervenções independentes, podendo por isso ser facilmente incorporadas na prática diária de cuidados dos enfermeiros.

A gestão da dor ainda é considerada um processo desafiador, devendo o enfermeiro desenvolver competências e habilidades para a avaliar e planear estratégias para o alívio da mesma (Bottega & Fontana, 2010).

O modo como os enfermeiros valorizam a dor, fazem a sua avaliação e como a registam, tornando visível a evolução da sua intensidade e, por outro lado, a monitorização que fazem das respostas às medidas desenvolvidas, são dimensões fulcrais para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Gerir a dor da PSC, o avaliar e registar a sua intensidade, o intervir adequada e atempadamente, o reavaliar sistematicamente a resposta às intervenções, exige verdadeiramente o equiparar da dor a um sinal vital (Bottega & Fontana, 2010).

1.3. O conforto e a dor na prática do enfermeiro

Toda a prestação de cuidados de enfermagem necessita de uma conceptualização teórica subjacente dado que a definição explícita do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa. Como definido por Tomey e Alligood (2004), a teoria permite organizar e compreender o que se passa na prática, analisar criticamente a situação do doente para a tomada de decisão clínica, planear o tratamento e propor as intervenções de enfermagem apropriadas.

Sendo a gestão da dor uma parte significativa do conceito de conforto (Kolcaba, 2003) considerei a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba como o quadro de

referência de enfermagem, orientador da prática desenvolvida no estágio assim como da elaboração deste relatório.

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). De acordo com o autor, apesar do consenso sobre a sua centralidade na e para a enfermagem, o conceito transcende esta dimensão física.

Kolcaba (1994; 2003) define conforto 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, ou seja, é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades de conforto no contexto duma experiência específica. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. A tranquilidade é o estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente. A transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar e resolver os seus problemas.

Os três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico que pertence às sensações corporais, o contexto psicoespiritual que diz respeito à consciencialização interna de si próprio, incluindo a estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida e pode ainda incluir um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior, o contexto sociocultural que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais e, por último, o contexto ambiental que envolve a sua relação com o meio e as influências externas (Kolcaba, 2003; Tomey & Alligod, 2004).

O conforto pode ser presumido, quer como um *outcome* desejável dos cuidados de enfermagem, quer como um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem junto da PSC com dor. As intervenções que o promovem, consideram a importância da gestão da dor e prevenção de complicações, pelo que o enfermeiro tem responsabilidade na deteção de necessidades, considerando o autorrelato ou indicadores comportamentais/observáveis e recorrendo à utilização de instrumentos para monitorização (Kolcaba, 2003).

De forma a operacionalizar a intervenção de enfermagem na promoção do conforto e prevenção de complicações, a vigilância e monitorização contínua da PSC tornam-se cruciais, detetando mudanças significativas no estado clínico antecipando a deterioração desse estado, pela compreensão dos sinais e comportamentos, para que se possam definir diferentes estratégias de tratamento (Benner, 2001).

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, Antunes, Mendes, & Castro, 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).

O referencial teórico sumariamente aqui apresentado pretende sustentar a minha intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor na PSC impossibilitada de autoavaliar a dor. Assim sendo, este capítulo constitui-se como elemento norteador das atividades desenvolvidas em estágio que irei descrever ao longo do próximo capítulo.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

O percurso de estágio foi desenvolvido em dois contextos de saúde específicos, um SU e uma UCI. A escolha do SU residiu no facto de ser um SU polivalente diferenciado e de referência para uma significativa área geográfica funcionando também como centro de trauma. No que diz respeito à escolha da UCI, esta esteve relacionada com o facto de a mesma utilizar escalas comportamentais de avaliação da dor.

Para atingir os objetivos de estágio definidos foram desenvolvidas atividades em cada um dos contextos. De referir que algumas delas foram transversais aos dois, tais como:

- Pesquisa de literatura;
- Consulta de normas, protocolos e instruções de trabalho;
- Reflexão sobre a prática de enfermagem.

A pesquisa da literatura foi uma atividade desenvolvida desde o início da elaboração do projeto de estágio. No decorrer dos estágios essa pesquisa facilitou a mobilização de conhecimentos adquiridos, conduzindo a uma prática sustentada.

A consulta de normas, protocolos e instruções de trabalho facilitaram a minha integração nos serviços acedendo a dados do seu *modus operandus* e rotinas.

No decorrer da aprendizagem, fez parte do desenvolvimento de competências a reflexão crítica sobre a prática. É importante refletir sobre as experiências vividas, refletir sobre a nossa ação de forma a perceber as nossas lacunas e fragilidades e onde podemos melhorar, para que possamos agir de forma diferente numa situação semelhante, aumentando a confiança profissional nos cuidados de saúde prestados. A prática reflexiva é assim, um fio condutor para se aprender com a experiência e um meio para a capacitação de estudantes e profissionais (Santos & Fernandes, 2004). Refletir “na” e “sobre” a ação permitem construir o conhecimento profissional, assente na imprevisibilidade dos contextos e na compreensão dessa intervenção (Alarcão & Tavares, 2013). O diálogo com os outros enfermeiros, nomeadamente, com os enfermeiros chefes de equipa e com os enfermeiros orientadores do estágio, em muito contribuíram para ultrapassar as minhas dificuldades, tendo servido de meio facilitador

de desenvolvimento de competências. Saliento os momentos de *debriefing*² que realizei com os enfermeiros orientadores onde pude perspetivar cada situação com a distância suficiente para melhor a compreender, com o intuito de gerar aprendizagens.

2.1. Estágio 1 – Serviço de Urgência Polivalente

Segundo o Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de Março, os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas. A DGS (2001b), define urgências como situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de instalação de falência de funções vitais. Por sua vez, define emergências como situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe, ou está eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais. A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNU, 2012) acrescenta que urgência é uma situação clínica que exige intervenção para avaliação e/ou correção rápida, seja a intervenção curativa ou paliativa. Por sua vez, emergência é uma situação em que existe um risco de perda de vida ou de qualquer função orgânica, que vem a necessitar de intervenção rápida.

Em 2006 foram considerados três níveis de responsabilidade dos SU: Serviço de Urgência Básica, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). O SUP é o nível mais diferenciado de resposta e acolhimento à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital central oferecendo resposta de proximidade à população da sua área, dispondo de diversas valências (Despacho nº 18459/2006, de 12 de Setembro). Posteriormente foi legislado que devem existir SUP dirigidos à pessoa vítima de trauma, designados por Centro de Trauma e outros Centros específicos tais como os Centros de Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO) e ainda os Centros de Medicina Hiperbárica (Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto).

O SUP escolhido para a realização do estágio está inserido num Centro Hospitalar composto por 6 unidades hospitalares. Situa-se na cidade de Lisboa e tem

² *Debriefing* é um método de discussão e análise das situações vividas que permite a compreensão das decisões tomadas durante um determinado evento (Fanning & Gaba, 2007).

como área de influência direta 64 freguesias. É referência para muitos distritos de Portugal nas especialidades de Neurocirurgia, Vertebro-Medular, Neurologia, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Urologia, tendo também integrado um Centro de Trauma e recentemente um Centro de ECMO. É uma urgência vocacionada para adultos, podendo, no entanto, receber crianças. A maioria das pessoas é admitida pelo SU, que apresenta duas áreas de atendimento: o ambulatório, de que fazem parte a triagem, balcões de atendimento geral (Verdes/Azuis e Amarelos/Laranjas), Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Pequena Cirurgia, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e uma área de internamento de que fazem parte uma Unidade de Observação (UO) com capacidade para 22 doentes com múltiplas e variadas patologias, distribuídos por 5 salas. Este SUP possui ainda 2 salas de Emergência/Reanimação vocacionadas para a PSC do foro médico e cirúrgico e 2 salas de Emergência/Trauma vocacionadas para a pessoa vítima de trauma. Dentro da equipa multidisciplinar, a equipa de enfermagem é constituída por cerca de 120 enfermeiros, distribuídos por cinco equipas em horário *roulement* e uma sexta equipa em horário fixo. O método de prestação de cuidados de enfermagem é o método individual, em que as intervenções são realizadas à medida que as necessidades da PSC surgem. A equipa médica é composta por várias especialidades, tendo uma equipa fixa de Medicina Interna no período compreendido entre as 8 horas e as 16 horas durante os dias úteis (Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de março), como uma variante entre o “modelo dedicado” e o “modelo misto”, ambos defendidos pela CRRNU (2012). Da equipa multidisciplinar também fazem parte os assistentes operacionais, uma equipa de técnicos administrativos, uma equipa de técnicos superiores de saúde que apoiam na realização de MCDT e uma equipa de assistência social.

Este estágio decorreu no período entre 2 de outubro e 24 de novembro de 2017. Para além do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica no SU, centrei a minha ação no desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na gestão da dor da PSC no SU.

Os objetivos e as atividades delineadas para este contexto de estágio encontram-se descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio 1

Objetivos	Atividades
1) Integrar a equipa e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	Conhecimento da estrutura física, circuito dos doentes e articulação com os outros serviços; Conhecimento do sistema informático utilizado; Visita e permanência nas diversas áreas do SU.
2) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	Prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e/ou família; Gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos; Participação na sessão de formação: “Reanimação com suporte extracorporeal e dispositivo mecânico de compressão; Participação na sessão de formação: “Queda de doentes na Urgência Geral Polivalente”; Participação na sessão de formação “Segurança contra incêndios; Participação no 4º Encontro de enfermagem de Emergência do Doente Crítico 2017.
3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da PSC	Avaliação e monitorização da dor da PSC; Reconhecimento de procedimentos causadores de dor; Realização de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas; Realização de jornal de aprendizagem.
4) Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros no âmbito da avaliação e controlo da dor	Apresentação de Póster no 4º Encontro de Enfermagem de Emergência – Doente Crítico 2017; Publicação da RIL.

Objetivo 1) Integrar a equipa e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço

De forma a otimizar a minha aprendizagem e colaboração na prestação de cuidados, procurei conhecer a dinâmica organizacional do SU bem como a sua estrutura física. Para o efeito, a visita guiada realizada no primeiro dia de estágio foi fundamental. Porém, devido à grande dimensão do serviço e ao facto de algumas áreas não serem contíguas ao mesmo, senti alguma dificuldade inicial no encaminhamento dos doentes para as áreas que lhes correspondiam. Neste sentido, foram essenciais a realização de turnos nas várias áreas de funcionamento e a transferência de doentes para os serviços de internamento do Centro Hospitalar. A possibilidade de acompanhar os pares nos momentos de articulação entre as várias áreas de funcionamento do SU e outros serviços do Centro Hospitalar foi também fundamental para colmatar as minhas dificuldades iniciais e compreender o circuito do doente no serviço e a sua articulação com outros serviços do hospital.

Senti ter sido importante a realização de turnos ao longo das 24 horas do dia, o que me permitiu conhecer as alterações na afluência de doentes ao SU e a consequente alteração das dotações de recursos humanos. Apesar do SU ser um serviço em constante atividade, foi importante conhecer as dinâmicas relativas à prestação de cuidados de enfermagem nos três turnos.

Outro fator facilitador da minha integração na equipa foi a enfermeira orientadora do estágio. A sua disponibilidade na orientação contínua proporcionou-me um maior número de oportunidades de vivências e partilha de experiências profissionais.

Nesta instituição tive oportunidade de trabalhar com o sistema informático (SI), ferramenta fundamental para a continuidade da prestação de cuidados. Este sistema é essencial na medida em que, permite facilitar a partilha de informação clínica do doente, o contacto entre os profissionais (ativação da equipa dos serviços de limpeza, ativação da equipa de transportes secundários e ativação de protocolos de Via Verde) e permite ainda o pedido dos MCDT.

A abordagem inicial de todas as pessoas que dão entrada no SU é da responsabilidade do enfermeiro, sendo este o responsável pela sua triagem e encaminhamento, assumindo uma posição preponderante na correta atribuição de

prioridade de acordo com as queixas apresentadas. Neste SU é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester (STM) para classificação de prioridades, previsto no Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto, que obriga a que todos os SU, independentemente do nível de responsabilidade, utilizem um sistema de triagem de prioridades, sendo indicado o STM. A utilização do STM como metodologia de trabalho permite atribuir prioridades aos doentes através de uma cor, sendo um método científico que utiliza nomenclatura comum, definições comuns, programa de formação e guia de auditoria. A triagem é fundamental para priorizar o atendimento, mesmo em situações em que a afluência ao SU excede os recursos disponíveis. De destacar que esta intervenção exige do enfermeiro uma grande capacidade de juízo clínico e de gestão de prioridades, pois permite-lhe gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional e ainda a manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

A realização de um turno na área da triagem foi uma excelente oportunidade para compreender a sua finalidade e complexidade. A triagem é muito mais do que seguir um fluxograma. Verifiquei que a experiência profissional, o conhecimento científico do enfermeiro e a sua avaliação clínica em função das questões que coloca, influenciam diretamente o encaminhamento do doente que recorre ao SU, bem como a dinâmica do serviço, uma vez que “a teoria oferece o que pode ser formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p. 61).

Durante o período de estágio permaneci essencialmente nas áreas onde se previam maiores oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências na área da PSC: Sala de Emergência/Reanimação, Sala de Emergência/Trauma. Contudo, tive a possibilidade de conhecer o modo de funcionamento das restantes áreas, nomeadamente a UO e o balcão de doentes urgentes (amarelo/laranja).

Resultados – Não detendo nenhuma experiência profissional em contexto de urgência, reconheço que os primeiros turnos foram particularmente motivadores e cativantes face a um fluxo constante de pessoas e uma dinâmica complexa com diversos estímulos de aprendizagem. A realização da visita guiada às várias áreas de funcionamento do SU e a prestação de cuidados à pessoa/família, em colaboração

com a equipa multidisciplinar, ao longo das 24h, nas várias áreas de ambulatório e de internamento, permitiram-me compreender melhor a dinâmica do serviço e do trabalho desenvolvido pelos profissionais que nele trabalham, potenciando assim a minha integração na equipa e o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, ajustada a cada área e à individualidade da pessoa e situação de saúde-doença vivenciada pela mesma.

A adaptação ao SI constituiu uma dificuldade inicial na medida em que este era muito diferente do SI com o qual trabalho diariamente. Tenho a perceção de que nas organizações onde os processos clínicos são em suporte digital é indispensável que cada profissional tenha a competência para aceder à informação necessária para melhor cuidar da pessoa. É através do SI que é possível ter acesso ao histórico da pessoa, tornando-se assim um instrumento facilitador na definição do processo de enfermagem.

Senti uma grande disponibilidade de toda a equipa do serviço e em particular da enfermeira orientadora enquanto agente facilitador da minha integração.

Objetivo 2) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Neste serviço foi-me facultada a consolidação de conhecimentos e habilidades relacionadas com o cuidar da PSC em situações de urgência e emergência. A PSC é frequente em ambiente de urgência, especialmente nos balcões amarelo/laranja e nas SE. Aqui, são observadas PSC que necessitam de avaliação e intervenção imediata, onde o grau de instabilidade é grande, sendo necessário prever e antecipar situações de risco.

Tive oportunidade de realizar alguns turnos nos balcões amarelo/laranja, onde se encontram os doentes identificados com prioridade urgente e muito urgente e que necessitam por isso de maior vigilância. No entanto, realço a realização da maioria dos turnos nas SE, onde a gravidade da PSC me obrigou a gerir recursos, tempo e cuidados de enfermagem. De destacar a mobilização de conhecimentos adquiridos, nomeadamente, no âmbito das Unidades Curriculares de Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte Avançado de Vida em Trauma, através da consulta dos respetivos manuais, assim como da pesquisa científica, de modo a prestar cuidados de

enfermagem devidamente fundamentados e em segurança. A minha intervenção neste âmbito foi sendo otimizada e consolidada ao longo do tempo permitindo-me o adquirir de mais autonomia na abordagem à PSC.

Nas SE são admitidas as pessoas a quem é atribuída uma prioridade laranja ou vermelha, incluindo as que são transportadas pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação. Nesta área de atendimento colaborei na prestação de cuidados a pessoas em situação emergente e em risco de falência orgânica e sua família. Os motivos mais frequentes de admissão relacionavam-se com insuficiência respiratória, dor precordial e arritmia cardíaca, sendo a Fibrilhação Auricular (FA) com resposta ventricular rápida a mais frequente. Nestas situações, é essencial identificar focos de instabilidade reais e potenciais, estabelecer prioridades e atuar de forma pronta e eficaz. Foi essencial a correta identificação do ritmo cardíaco e a mobilização de conhecimentos adquiridos, em concreto, o algoritmo de atuação em situação de FA, efeitos secundários provocados pela administração de amiodarona ou digoxina, ou preparação da pessoa para eventual necessidade de cardioversão elétrica em caso de instabilidade hemodinâmica. Importa ainda despistar potenciais causas da FA com resposta ventricular rápida, como sejam a insuficiência cardíaca, febre, dor ou ansiedade. É fundamental saber qual a terapêutica que a pessoa faz no domicílio, inclusive anticoagulantes ou antiagregantes (Urden et al., 2014). Devemos manter a pessoa o mais confortável possível, explicando todos os procedimentos, questionando se tem dor ou se algo a preocupa, garantindo um ambiente tranquilo, o mais silencioso possível. Se a pessoa o desejar, é essencial facilitar a entrada da família, ou pessoa significativa, como forma de proporcionar algum conforto (Sousa, 2014). Aquando da monitorização eletrocardiográfica, habitualmente, a pessoa é despida de forma a expor o tronco, colocando a sua intimidade e privacidade em causa. Conforme definido no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), o enfermeiro deve sempre salvaguardar a privacidade e intimidade da pessoa. Logo que a PSC se encontre monitorizada é fundamental que seja vestida e tapada de forma a garantir esta privacidade. Este gesto demonstra respeito pela intimidade da pessoa e contribui para o seu conforto físico e psicoespiritual (Kolcaba, 2003).

Em casos de insuficiência respiratória, é hoje em dia indicado precocemente o uso de Ventilação Não Invasiva (VNI), sobretudo no Edema Agudo do Pulmão, pois parece ser benéfico no seu tratamento imediato podendo reduzir a sua mortalidade

(Salman, Milbrandt, & Pinsky, 2010), sendo ainda indicado em algumas situações em que possa vir a ser necessário a ventilação invasiva. Desta forma, podemos evitar um procedimento invasivo, como sejam a entubação endotraqueal e VMI, com a consequente diminuição de complicações e melhoria dos *outcomes* (Khalid et al., 2014). Para tal, é indispensável a existência de equipamentos apropriados e de uma equipa treinada e não menos importante, o ensino e a promoção do conforto da PSC, visto os interfaces serem habitualmente referidos como desconfortáveis. Para Kolcaba (2003), a enfermagem consiste na avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, na conceção de medidas de conforto para colmatar essas necessidades e na reavaliação dos níveis de conforto após implementação das medidas. Os enfermeiros, devem identificar as necessidades de conforto das pessoas que cuidam e conceber medidas no sentido de o potencializar, intervindo nos seus diferentes contextos. Desta forma, o conforto é entendido como um diagnóstico, enquanto necessidade e, simultaneamente, como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, sendo influenciado pelas intervenções implementadas. Nestas situações, o sucesso da eficácia do uso da VNI é condicionado pela capacidade da pessoa em tolerar a interface selecionada, sendo que a sua motivação/aceitação e o apoio da família se tornam fundamentais para a eficácia da sua utilização (Hess, 2012). Tive a oportunidade de vivenciar uma situação onde o doente referia desconforto com o interface e com a própria VNI. Aqui, solicitei o apoio da família, tendo sido este essencial para a aceitação do tratamento por parte do doente. De referir ainda que o SU possui um protocolo para o uso de VNI que facilita o seu uso e agiliza a sua implementação.

Tal como referi anteriormente, a admissão nas SE pressupõe uma situação crítica que requer uma intervenção emergente. Porém, quando investimos na estabilização da PSC, o seu conforto, assim como o da sua família, não pode ser descurado pois a promoção do conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental é fundamental para o restabelecimento de um estado saudável (Kolcaba, 2003). No Centro Hospitalar existe uma norma que estabelece a regra de visita dos doentes visando o seu acompanhamento por uma pessoa significativa durante todo o seu percurso no SU. Na PSC admitida na SE, o familiar não pode permanecer por muito tempo, mas é-lhe facilitada a entrada de acordo com norma vigente no serviço, isto é, durante 5 minutos, por vezes e em algumas situações poderá permanecer e de

acordo com o juízo do profissional durante mais tempo, tendo sempre presente os benefícios para o doente e família. A família é um elemento importante no acesso à informação sobre a PSC, torna-se por isso relevante para a decisão do tratamento a instituir. Por outro lado, a necessidade de informação é uma das maiores necessidades da família (Elliott, Aitken, & Chaboyer, 2012) durante o processo de doença crítica, que muitas vezes é inesperada ou inexplicada. A família, na maioria das situações vivencia de forma muito intensa e emocional todas as horas e subtis alterações no estado clínico do seu familiar doente (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). Nesse sentido, dei informações à família dentro da minha área de competências, explicando os MCDT ou tratamentos necessários e favorecendo o esclarecimento de dúvidas.

Procurei ainda privilegiar a privacidade entre os familiares, encorajando-os a falar ou a tocar na pessoa. É importante favorecer a interação pessoa/família, pois esta funciona como um elo de conforto para a pessoa (Sousa, 2014). Tal como referido no Código Deontológico do Enfermeiro, na procura da humanização dos cuidados devemos dar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família (OE, 2015).

Neste Centro Hospitalar a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), tal como definido pela DGS (2010a), é ativada não só para situações de Paragem Cardio-Respiratória (PCR) mas também para situações de significativa deterioração fisiológica aguda. Esta equipa é constituída por um médico e um enfermeiro com competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação. Após a sua ativação a resposta é imediata. Existem várias equipas de EEMI divididas pelos pólos deste Centro Hospitalar. Com a realização de um turno numa equipa de um dos pólos, foi-me possível reconhecer critérios de ativação e modo de funcionamento da equipa, onde pude participar na recuperação e estabilização da PSC.

Destaco uma situação em particular, onde um familiar de uma doente, durante a visita, sofreu uma PCR. Foi ativada a EEMI. O doente em PCR encontrava-se com ritmo compatível com Fibrilhação Ventricular tendo sido em tempo útil desfibrilhado com sucesso. Foi ainda entubado orotraquealmente e submetido a VMI. Foi encaminhado para o SU e após confirmação da suspeita de diagnóstico de Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra desnivelamento do Segmento ST, foi submetido a

Intervenção Coronária Percutânea. O doente recuperou e em 2 horas estava acordado, a respirar espontaneamente e com o motivo da sua PCR resolvido.

Esta equipa não intervém só no momento da reanimação, mas também no período pós-reanimação. No período pós-reanimação devem ser verificadas quais as necessidades da pessoa, nomeadamente, qual o nível de cuidados/monitorização que esta requer (DGS, 2010a), tal como se verificou na situação descrita. Durante o estágio pude reconhecer que uma intervenção precoce e adequada dum equipa treinada para intervir pode diminuir a mortalidade e a morbilidade das pessoas que se encontram dentro da instituição, onde se podem incluir as visitas, os profissionais ou os doentes que sofram um processo de deterioração clínica aguda.

Depois da fase de estabilização, a maioria das pessoas admitidas na SE são transferidas para a UO. Nesta área, encontram-se as pessoas em maior risco de falência orgânica ou em situação crítica grave, mas com estabilização hemodinâmica. Quando nenhuma área do serviço dá resposta às necessidades da PSC esta é transferida para uma UCI do Centro Hospitalar ou para outro serviço, capaz de manter ou aumentar o nível de cuidados. Destaco nestas situações a importância dos momentos de transmissão de informação que permite a comunicação entre os profissionais sobre o estado de saúde da PSC, nos momentos de transferência temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados, como acontece aquando da mudança de turno e aquando da transferência da PSC para outro serviço ou instituição respetivamente. Tive oportunidade de participar nestes momentos que visam essencialmente a promoção da segurança da PSC.

Na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos destaco as Vias Verdes (VV) – Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis e PCR por serem protocolos com os quais não me deparo no meu contexto de trabalho.

É vital que as VV se iniciem no local do evento ou da apresentação dos sintomas, ou seja, os sistemas hospitalar e extra hospitalar devem garantir a continuidade e a integração de cuidados (CRRNU, 2012).

O acesso aos protocolos de VV permitiram que viesse a desenvolver o conhecimento prático de forma a agir a partir da compreensão profunda das situações clínicas (Benner, 2001), para assim otimizar a prestação de cuidados à PSC.

Tive oportunidade de participar no protocolo de VV AVC. Depois de ativada a VV, o doente entra diretamente no serviço de imagiologia para realizar TAC

craneoencefálico e assim identificar a etiologia do AVC, para posteriormente se proceder ao tratamento adequado. Acompanhei o enfermeiro do SU durante este percurso. O enfermeiro do SU responsável pelo o apoio ao doente durante a ativação do protocolo de VV AVC, encaminha-se diretamente para a sala de imagiologia. Desse protocolo faz parte a pré organização de uma mala de transporte de apoio que contempla a existência de material de punção, um fibrinolítico e uma seringa infusora para administração desse mesmo fármaco, no caso de estar indicado. Participei na prestação de cuidados à PSC, informando-a, de acordo com a situação clínica, dos procedimentos a realizar de forma a promover a diminuição da sua ansiedade (Urden et al., 2014).

Gostaria ainda de destacar na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos a utilização de sistemas que incrementam a segurança na administração de hemoderivados e terapêutica (conhecimento e manuseamento do sistema de verificação de compatibilidade entre o sangue do doente e o administrado – Gricode, e conhecimento do sistema de obtenção de fármacos de acordo com o nome do doente – Pyxis), que promovem a segurança da PSC. Ao colaborar na administração de produtos sanguíneos, sublinho a necessidade de prevenção da hipotermia, estando esta intimamente ligada com a cascata da coagulação o que piora os *outcomes* do doente (Urden et al., 2014). Para tal, é necessário utilizar roupa aquecida e proceder ao aquecimento dos fluídos e produtos sanguíneos administrados (DGS, 2017a).

Complementarmente, durante o estágio tive oportunidade de participar na sessão de formação: “Reanimação com suporte extracorporeal e dispositivo mecânico de compressão”, que foi importante pois permitiu-me adquirir conhecimentos numa área fundamental para a PSC, a VV PCR (Apêndice I). O termo reanimação com suporte extracorporeal, é usado para descrever o início da circulação extracorporeal e da oxigenação durante a reanimação de uma PSC em PCR (American Heart Association, 2015). A reanimação com suporte extracorporeal é um processo complexo que exige uma equipa treinada, equipamentos especializados e um suporte hospitalar diferenciado, nomeadamente, hospitais que sejam centros de referência de ECMO para dar continuidade aos cuidados iniciados pós PCR, como é o caso do Centro Hospitalar deste SU. Foi explicado o modo de funcionamento do Sistema de Compressão Torácico – Lucas, com possibilidade de praticar a sua utilização.

De acordo com o Plano Nacional da Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), um dos itens a ter em conta na promoção da segurança do doente / manutenção de um ambiente terapêutico seguro é a prevenção de quedas. Neste contexto, entre outras medidas são realizadas sessões de formação de forma a otimizar esta prevenção. Neste sentido, tive oportunidade de participar numa sessão de formação com o tema “Queda de doentes na Urgência Geral Polivalente” (Apêndice II). Nesta sessão esteve presente a enfermeira responsável do Gabinete de Gestão do Risco de forma a dar resposta às dúvidas dos enfermeiros para contribuir para a diminuição da ocorrência de incidentes. Foi divulgado o tipo de incidentes relatados pelo SU no último ano, sendo que o relato de quedas foi de 24%. Nesta formação foi apresentada a instrução de trabalho atualizada sobre a Prevenção de Ocorrência de Quedas. Foi introduzida na instrução a necessidade de sinalizar os doentes hipocoagulados, como tendo risco acrescido. Os profissionais foram alertados sobre a importância da avaliação do risco de quedas através da utilização da Escala de Morse. Na formação foi validado o modo de funcionamento da plataforma HER+, para que todos possam relatar incidentes sempre com o objetivo de evitar situações futuras semelhantes. Os conceitos mais referidos pela enfermeira responsável deste gabinete foram a aprendizagem e a melhoria contínua dos cuidados.

De forma a compreender o modo de atuação numa situação especial como seja um incêndio, foi-me permitido assistir a uma sessão de formação “Segurança contra incêndios” onde clarifiquei conhecimentos sobre o fogo e como combatê-lo (Apêndice III).

Particpei ainda no 4º Encontro de Enfermagem de Emergência do Doente Crítico 2017, revisitando o circuito de doentes no SU e adequação dos recursos humanos e materiais para situações de emergência e catástrofe. Foi apresentado o procedimento de atuação em caso de catástrofe e/ou multivítimas, bem como as zonas da instituição a serem utilizadas nessas situações.

Resultados – A realização de alguns turnos nos balcões amarelo/laranja foi um desafio de estágio, tendo sido nesta área que senti a maior dificuldade na gestão da prestação de cuidados, onde o número de doentes e pessoas significativas excede em muito os recursos humanos disponíveis, assim como o espaço físico e os recursos

tecnológicos existentes. Senti que a minha capacidade para a gestão das prioridades era inexistente, vindo a melhorar devido à disponibilidade e apoio de toda a equipa. A gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação na equipa multiprofissional foi uma grande aprendizagem a salientar no decorrer do estágio. No SU é fundamental identificar rapidamente a intervenção prioritária para cada pessoa e identificar, entre as várias pessoas, as que carecem de cuidados prioritários.

Em termos globais, todas as atividades descritas anteriormente foram um veículo facilitador para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família, procurando manter de forma autónoma e contínua o processo de desenvolvimento pessoal e profissional, aprofundando o nível de conhecimento na área de especialização, com preocupação no desenvolvimento de um discurso fundamentado e na melhoria de uma metodologia de trabalho eficaz (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro). Fi-lo em colaboração com toda a equipa, baseada em critérios de qualidade e segurança definidos pelo Centro Hospitalar, tendo também em conta a responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro).

Uma vez que a minha prestação de cuidados se situou maioritariamente nas SE, desenvolvi competências de enfermagem na abordagem à PSC do foro médico, cirúrgico, neurocirúrgico e pessoa vítima de trauma, principalmente no estabelecimento de prioridades e na antecipação da instabilidade e falência orgânica (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

Procurei dar suporte à família da PSC fornecendo informação, uma das suas maiores necessidades, de forma a assistir a mesma nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

No que diz respeito à gestão de protocolos terapêuticos complexos, para além da prestação de cuidados à PSC com AVC depois de ativada a VV AVC, a consulta de normas e protocolos foi um importante contributo no desenvolvimento de competências na gestão destes protocolos (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

Durante o estágio não tive oportunidade de colocar em prática os conhecimentos apreendidos na sessão de formação “Reanimação com suporte

extracorporal e dispositivo mecânico de compressão”. No entanto, sinto-me mais capacitada para no futuro dar resposta a estas situações.

Com a participação na sessão de formação “Queda de doentes na Urgência Geral Polivalente” ficou claro que todos devemos identificar situações de risco e iniciar ações para prevenir ou reduzir o risco. No final do estágio pude constatar o percurso a desenvolver ao longo de um relato de incidente (relato, análise, investigação e formação), reconhecendo a importância do Gabinete do Risco na promoção da segurança do doente. Percebi que a sua função é a promoção da segurança através da sensibilização dos profissionais para o facto de que os riscos podem ser reduzidos e controlados, numa cultura de ajuda e não de culpabilização. É essencial compreendermos que todos temos a responsabilidade de cumprir e fazer cumprir os procedimentos (instruções de trabalho) do Gabinete. Pude assim desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, mais concretamente na promoção e manutenção de um ambiente seguro (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro).

A participação na sessão de formação “Segurança Contra Incêndios, permitiu-me compreender a importância da necessidade de formar todos os profissionais para atuar em caso de incêndio promovendo a segurança de todos.

Com a participação no 4º Encontro de Enfermagem de Emergência do Doente Crítico 2017 adquiri conhecimentos sobre como atuar em situações de catástrofe ou multivítimas, embora não tenha vivido nenhuma situação em estágio. É fundamental simular o treino de situações de exceção para que na presença de situações reais de catástrofe ou multivítimas a ação desenvolvida seja consentânea e os protocolos possam ser seguidos corretamente (INEM, 2012).

Objetivo 3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da PSC

A dor é um sintoma que está presente em muitas das razões que motivam a ida ao SU (DGS, 2008), podendo ser consequência de várias situações patológicas, como enxaqueca, enfarte, abdómen agudo ou dor causada por lesões traumáticas como fraturas ou queimaduras, entre outras.

O STM valoriza a dor na medida em que é obrigatório que esta seja avaliada a todas as pessoas. A avaliação da dor, através do nível de intensidade, das repercussões que tem nas atividades de vida diárias e sua duração (superior ou inferior a sete dias), determina a prioridade de atendimento clínico. Sem dor (0) e se dor ligeira (1 a 4) é atribuída a cor verde, a uma dor moderada (5 a 7) a cor amarela e a uma dor severa (8 a 10) a cor laranja.

No serviço pude constatar que existe um protocolo de monitorização da dor, elaborado por um grupo de enfermeiros pertencentes aos vários serviços do hospital, sendo este protocolo transversal a todo o Centro Hospitalar, embora com algumas especificidades inerentes a cada serviço. Este grupo de enfermeiros faz reuniões periódicas de forma a detetar dificuldades e propor sessões de formação sempre que a equipa considera necessário. São realizadas auditorias aos registos, incluindo aos registos da avaliação da dor. As não conformidades encontradas prendem-se com a falta de registo.

Para a avaliação da dor no SU recorre-se à EN em doentes conscientes e orientados e à Escala de Faces para doentes ventilados ou com alterações de consciência/comunicação, sendo que no SI só há referência à EN, pelo que é efetuada uma adaptação subjetiva através de sinais e sintomas fisiológicos e comportamento da pessoa, incluindo a expressão facial para atribuição de um valor numérico.

Na SE onde prestei cuidados de enfermagem à PSC submetida a VMI e sob efeito de sedação, verifiquei a necessidade de utilização de uma escala comportamental de avaliação da dor. O não uso de escalas adequadas põe em risco a adequada gestão da dor (Doran, 2011; Herr & Mccaffery, 2011). Deste modo, julgo que seria adequada a utilização da BPS, escala recomendada por vários autores, nos doentes ventilados incapazes de autoavaliar a dor mesmo no SU, até porque se torna uma possibilidade rápida de avaliação, visto nem necessitar de avaliação de sinais vitais para se obter um score. A BPS é uma das escalas de monitorização de dor mais válidas para aplicação na PSC incapaz de autoavaliação desde que as suas funções motoras estejam intactas (Ferreira et al., 2014). Esta escala foi apresentada à equipa, por uma enfermeira que desenvolveu o seu projeto de estágio aquando da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em PSC, há 2 anos atrás, na área da gestão da dor. A equipa concordou com a importância do uso

daquela escala nos doentes incapazes de autoavaliar a dor, mas esta ainda não foi parametrizada no SI e por essa razão não está a ser utilizada.

Assim, nestes doentes, não existindo neste SU uma escala de heteroavaliação, tornou-se mais subjetivo a avaliação da dor. Recorrer às alterações dos parâmetros vitais isoladamente para detetar a presença de dor não é aconselhado uma vez que a PSC pode apresentar instabilidade hemodinâmica de outra natureza. Todavia, as alterações nesses parâmetros pode ser usada como um ponto de partida para monitorizar a presença de dor (Barr et al., 2013). Para além dessas alterações, estive atenta a alterações comportamentais indiciantes de dor, tais como a inquietude e agitação.

Na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor, destaco o reconhecimento de possíveis estímulos causadores de dor intervindo atempadamente. O conhecimento e as competências relacionadas com o conforto devem ser integrados no cuidado altamente tecnológico que é muitas vezes intrusivo e causador de dor (Benner et al., 2011). Além dos procedimentos invasivos característicos dos cuidados críticos e dos fatores extrínsecos, como por exemplo os posicionamentos necessários por imprescindibilidade da imobilidade, como no caso da PSC vítima de trauma com necessidade de permanência em plano duro, fiquei especialmente atenta à gestão da dor em determinadas situações, das quais destaco a presença de fraturas ou imobilizadores de membros, a presença de feridas traumáticas, presença de dor precordial, dor crónica, entre outras. Nestas situações, procurei tal como recomendado, privilegiar a autoavaliação de forma a não subestimar ou subvalorizar a dor e privilegiar o uso complementar de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, não esquecendo a reavaliação da dor após as intervenções implementadas. O controlo da dor na PSC, pode ser facilitado ao identificar e controlar a dor precocemente, ao invés de esperar que esta se torne severa (Barr et al., 2013). Assim, é aconselhável a implementação de intervenções farmacológicas e/ou não-farmacológicas, antes de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos. Tive oportunidade de utilizar algumas intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor, como a massagem, posicionamento adequado, utilização do calor ou frio, manutenção de um ambiente tranquilo, promover a presença da família, que foram implementadas isoladamente ou em complementaridade com as intervenções farmacológicas.

Tendo em conta a evidência existente, pude intervir na formação informal de pares sempre que solicitado e na prestação de cuidados efetiva nesta área, através da monitorização (recorrendo à escala preconizada pelo serviço), utilização de intervenções e reavaliação da dor, tendo como objetivo, a sua gestão na PSC.

As intervenções de controlo da dor mais utilizadas no SU são as farmacológicas. No entanto, as intervenções não-farmacológicas são utilizadas, mas nem sempre registadas o que dificulta a perceção de que são usadas. De acordo com a Teoria do Conforto, os enfermeiros oferecem cuidados reconfortantes de forma intuitiva, porém não documentam os seus efeitos sobre as pessoas como sendo um cuidado de conforto, faltando o reconhecimento de que os cuidados de enfermagem podem ser intervenções reconfortantes (Smith & Parker, 2015). Desta forma, ao conversar com a equipa de enfermagem percebi que as intervenções mais utilizadas são os posicionamentos, a aplicação de calor ou frio e o humor como forma de descontração. Foi interessante constatar que apesar da gestão da dor no SU incluir maioritariamente intervenções farmacológicas, os enfermeiros incluem as intervenções não-farmacológicas nos seus cuidados.

Ao longo do estágio registei no processo clínico da PSC o uso das intervenções não-farmacológicas e fui sugerindo aos enfermeiros que o fizessem. Além de se efetuar o registo da avaliação da dor é imprescindível promover a comunicação desses resultados entre a equipa multidisciplinar. Os enfermeiros têm responsabilidade na comunicação da informação sobre a dor do doente a outros profissionais (Rigotti & Ferreira, 2005). Não basta ter conhecimento acerca das alterações clínicas do doente, é fundamental transmitir e validar com os outros profissionais de forma a implementar intervenções adequadas, em tempo útil (Benner et al., 2011). De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), a eficácia das intervenções são determinadas também pela continuidade, sendo esta assegurada pelo registo das observações, monitorizações, intervenções efetuadas e resultados obtidos. Neste sentido, procedi sempre ao registo da intensidade da dor, assim como registei as intervenções utilizadas na gestão da dor e a sua eficácia. Os registos são um instrumento valioso na prestação de cuidados de enfermagem na medida em que permitem a continuidade de cuidados e a comunicação entre a equipa, facilitados neste serviço por um SI que permite o acesso à informação em tempo real em áreas distintas.

A PSC exige cuidados de enfermagem diferenciados e complexos e a promoção do conforto procura uma prática centrada no doente que se encontra em sofrimento num ambiente altamente tecnológico. No SU procurei manter a preocupação na manutenção de cuidados de conforto, pois a promoção do conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental é fundamental para o restabelecimento de um estado saudável (Kolcaba, 2003). Sobre este tema, elaborei um jornal de aprendizagem, que me permitiu refletir sobre uma situação de cuidados.

Na situação em particular foram várias as intervenções autónomas de enfermagem que pude executar com vista a satisfazer ou manter satisfeitas algumas das necessidades de conforto nos vários domínios identificados por Kolcaba (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), na tentativa de minimizar os obstáculos à experiência holística de conforto. Todas elas foram intervenções não-farmacológicas, tais como posicionamento e massagem para o conforto físico, promoção da presença da família para o conforto sociocultural e promoção de um ambiente tranquilo para o conforto ambiental.

Resultados – As oportunidades de aprendizagem, assim como a reflexão realizada, contribuíram para o meu processo de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas farmacológicas e não-farmacológicas no alívio da dor (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

Neste sentido, pude intervir na formação informal de pares sempre que solicitada e na prestação efetiva de cuidados nesta área, através da monitorização (recorrendo à escala preconizada pelo serviço), utilização de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, reavaliação da dor, manutenção dos registos atualizados e transmissão da informação à equipa multidisciplinar, tendo como objetivo a gestão da dor na PSC.

Através da realização do jornal de aprendizagem foi-me permitido desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais propriamente no desenvolvimento do autoconhecimento (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro).

Objetivo 4) Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros no âmbito da avaliação e controlo da dor

Com o objetivo de divulgar dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, apresentei um Póster no 4º Encontro de Enfermagem de Emergência do Doente Crítico 2017 (Apêndice IV), onde resumi e apresentei os dados da RIL.

A realização da RIL com o envio do artigo para publicação surge como instrumento de divulgação do conhecimento para os profissionais de saúde e como artigo de referência para a realização de mais estudos de investigação neste âmbito.

Resultados – Com a realização da RIL e sua divulgação interpretei, organizei e divulguei dados provenientes da evidência de forma a contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro), pelo que espero contribuir para melhorar a intervenção do enfermeiro junto da PSC no sentido de valorizar as intervenções não-farmacológicas como uma estratégia adequada para a gestão da dor.

Terminado o estágio neste contexto, darei continuidade do meu percurso no contexto seguinte.

2.2. Estágio 2 – Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios

O serviço onde decorreu este estágio está dividido em UCI e Unidade de Cuidados Intermédios, separados por um corredor.

De acordo com a DGS, as UCI são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde & DGS, 2003, p.6). Por sua vez, as Unidades de Cuidados Intermédios destinam-se a “doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistematizada durante 24h por dia” (Ministério da Saúde & DGS, 2003, p.6).

Esta UCI pertence a um hospital com Parceria Pública e Privada e recebe essencialmente doentes de algumas áreas da periferia de Lisboa, o que equivale a

cerca de 300 mil pessoas, podendo, no entanto, recebê-las de todo o país. Trata-se de uma UCI de nível III, polivalente. A Unidade de Intermédios é de nível I (DGS, 2003b).

É um serviço que se caracteriza por possuir recursos humanos especializados, com presença de assistência médica e de enfermagem permanente. Dispõe de cuidados prestados em diversas áreas médica e cirúrgica, tratando várias patologias e situações de doença, não recebendo, no entanto, pessoas vítimas de trauma ou do foro neurocirúrgico.

Dispõe de uma antecâmara de acesso às unidades, equipada com algumas cadeiras e onde os familiares aguardam para entrar, após receberem essa indicação pela Secretária de Unidade que encaminha o familiar para o enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente.

Segue-se as zonas de cuidados propriamente ditas, espaços relativamente amplos, com humidificação regulada, luz natural e algumas janelas. A UCI integra 10 boxes individuais e a Unidade de Cuidados Intermédios 12 boxes. As boxes individuais dispõem de equipamento necessário para assistência a situações que implicam monitorização e ventilação invasiva, consola informática para registos, camas adequadas com colchão de pressões alternadas e dispõe também de bancada com material diverso necessário aos cuidados, que são preparados na área individualizada, favorecendo assim que o enfermeiro permaneça junto do doente. Na UCI, uma das boxes possui ainda capacidade para isolamento respiratório, com respetiva pressão negativa e uma antecâmara adjacente, sendo que duas das boxes possuem canalização própria que permite a realização de hemodiálise.

Relativamente aos recursos humanos da UCI/Intermédios, a equipa de enfermagem é constituída por cerca de 40 enfermeiros, subdividida em quatro equipas com 10 enfermeiros cada, em turnos de 12 horas. Estas equipas são distribuídas pela UCI e Intermédios e em cada uma delas existe um enfermeiro responsável pela gestão de cuidados. Normalmente, na UCI o rácio é de 1 enfermeiro para 2 doentes e nos Intermédios 1 enfermeiro para 3 doentes, distribuídos segundo o seu grau de dependência. O método de trabalho utilizado é o método do enfermeiro responsável que prevê uma distribuição de doentes por enfermeiros. Ou seja, cada enfermeiro apoia e presta cuidados aos doentes que lhe são atribuídos naquele turno, tornando-se assim responsável por estes durante aquele período.

No que diz respeito à gestão das equipas, estas são coordenadas por um chefe de equipa que para além de assumir a prestação de cuidados tem a função de gestão dos cuidados e na ausência do enfermeiro chefe, da gestão dos recursos humanos e materiais. De acordo com o Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro, as competências do enfermeiro chefe de equipa podem estar enquadradas em vários domínios dos quais destaco a responsabilidade profissional, o desenvolvimento profissional e a gestão de cuidados. Dentro destes domínios saliento o facto de o enfermeiro desempenhar um papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade, atuar eficazmente sob pressão e a capacidade do enfermeiro de gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, a sua participação na construção da tomada de decisão e a articulação na equipa multiprofissional. O facto de ser orientada por um enfermeiro que desempenhava função de chefe de equipa, permitiu-me ter uma visão privilegiada da gestão nos cuidados de enfermagem.

Entre os profissionais da UCI, encontram-se os elementos da EEMI, composta por um enfermeiro e um médico intensivista.

Os recursos materiais deste serviço compõem-se pelos equipamentos necessários para ecografia, broncofibroscopia, ventilação invasiva e não invasiva, monitorização PiCCO® (*Pulse Induced Contour Cardiac Output* - débito cardíaco por análise do contorno da onda de pulso) e PiCCO 2®, hemofiltração, hemodiafiltração, hemodiálise, plasmaforese, entre outros.

São realizadas auditorias por enfermeiros de outros serviços, sendo que quem audita a UCI tem de possuir alguma experiência em cuidados intensivos. As auditorias são feitas sem aviso prévio, e são efetuadas aos registos e às práticas. Existem elos de ligação na UCI com estes grupos de auditoria, que em caso de não conformidade têm a responsabilidade de informar os enfermeiros da UCI sobre as mesmas para futura correção do problema detetado. As auditorias estão focadas na qualidade dos cuidados, de forma a dar resposta aos objetivos da Joint Commission, onde está incluída a gestão da dor.

Este estágio decorreu no período entre 27 de novembro de 2017 e 9 de fevereiro de 2018. Para além do desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica na UCI, centrei a minha ação no

desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na gestão da dor da PSC impossibilitada de autoavaliar a dor.

Os objetivos e as atividades delineadas para este contexto de estágio encontram-se descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas no Estágio 2

Objetivos	Atividades
1) Integrar a equipa de enfermagem e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	Conhecimento da estrutura física, circuito dos doentes e articulação com os outros serviços; Conhecimento do sistema informático utilizado; Visita e permanência na UCI e Unidade de Cuidados Intermédios.
2) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	Prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC e família; Desenvolvimento de medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar; Gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos; Participação nos momentos de transmissão de informação; Realização de sessão de formação sobre “ <i>Cough Assist</i> : manuseamento, indicações e contra-indicações.
3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da PSC impossibilitada de autoavaliar a dor	Avaliação e monitorização da dor na PSC impossibilitada de autoavaliar; Realização de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas; Reconhecimento de procedimentos causadores de dor; Realização de sessão de formação sobre o tema: “Gestão da dor na PSC”; Realização de estudo de caso; Participação nas 25ª Jornadas da Dor do Hospital Garcia de Orta.

Objetivo 1) Integrar a equipa de enfermagem e conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço

De forma a otimizar a minha aprendizagem e prestação de cuidados, procurei conhecer a estrutura física, circuito dos doentes e articulação com os outros serviços. Para o efeito, foram essenciais a visita guiada efetuada no primeiro dia de estágio, as conversas informais e a possibilidade de acompanhar os pares nos momentos de articulação com outros serviços de internamento, assim como o transporte de doentes para o serviço de imagiologia e Bloco Operatório (BO).

O SI utilizado é o Soarian (utilizado por todo o hospital) que partilha informação com o Innoviam só utilizado na UCI, no BO e na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos - UCPA. Neste último, está parametrizada a avaliação da dor não permitindo ao profissional terminar a “sessão” sem a avaliar, por ser considerada uma não conformidade.

Durante o período de estágio permaneci essencialmente na UCI, mas também pude efetuar alguns turnos na Unidade de Intermédios, onde se encontram doentes em vigilância pós saída da UCI ou em situação crítica que ainda não justifica a entrada numa UCI, mas necessitam de vigilância apertada.

De referir que a experiência profissional que detenho em Cuidados Intensivos fez com que este contexto não fosse de todo uma novidade para mim, tendo sido um fator facilitador na integração.

Resultados – Conhecer a organização e a dinâmica de funcionamento do serviço facilitou o processo de integração na equipa de saúde, o que promoveu o cumprimento dos objetivos traçados para este contexto de estágio.

Apesar da minha experiência no contexto, demonstrei vontade e empenho em aprender, o que em conjunto com a disponibilidade do enfermeiro orientador e restante equipa, foram um contributo fundamental para a minha integração, promovendo assim o meu desenvolvimento de competências assim como a aquisição de novos conhecimentos.

Neste contexto, tal como no SU, a adaptação ao SI foi sentida por mim como uma barreira, visto ser muito diferente do SI com o qual trabalho diariamente. Sendo necessário uma *password* própria, o seu acesso foi difícil. O SI é um instrumento

impulsionador do conhecimento da pessoa como um todo, contribuindo para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Efetuar turnos nas duas unidades pareceu-me uma vantagem, dado que me permitiu acompanhar os doentes pós saída da UCI, que ainda necessitam de vigilância durante 24h por dia, fornecendo-me uma perspetiva que não possuo no meu contexto de trabalho.

Objetivo 2) Prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Ao longo do estágio prestei cuidados de enfermagem em diferentes situações de doença, de acordo com a lógica de prioridades ABCDE, realizei uma gestão de tempo e prioridades, tendo em conta a situação clínica dos doentes/recursos humanos e materiais disponíveis. Colaborei ainda na prestação de cuidados à pessoa com instabilidade hemodinâmica ou em risco de, à pessoa em morte cerebral e manutenção de potencial dador de órgãos, à pessoa a realizar técnica de substituição renal contínua ou intermitente, à pessoa em falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica não invasiva ou invasiva e colaborei em procedimentos tais como broncofibroscopias, plasmaforese, entre outros.

Neste contexto cuidamos em situações críticas, sendo por isso grande a diversidade e incerteza que se vive. A imprevisibilidade das situações é uma constante, não só porque a PSC, ainda que estabilizada, está em situação de risco, como também pela frequência de admissão da PSC, o que exige capacidade de adequação, organização e gestão da melhor resposta a cada situação.

O facto de uma grande parte das PSC necessitarem de VNI ou VMI permitiu que atualizasse conhecimentos nesta área. Por exemplo, promovi um posicionamento que favorece a expansão torácica (cabeceira elevada a 30°); assegurei a mudança do filtro-humidificador e do *swivel* a cada 24h, ou sempre que estavam visivelmente conspurcados, de modo a evitar o aumento da resistência nas vias aéreas e a proliferação bacteriana; mantive a insuflação do *cuff* do tubo orotraqueal entre os 20-30 mmHg de modo a evitar traqueomalácia e/ou fugas de ar e a aspiração de conteúdo gástrico em caso de refluxo; avaliei e monitorizei as pressões do *cuff* pelo menos a cada 8 horas, utilizando um manómetro de pressão adequado; alternei a fixação do

TOT pelo menos 1 vez dia, examinando a pele e a mucosa oral; providenciei cuidados de higiene oral a cada 8h, para prevenir pneumonia associada à ventilação; realizei aspiração de secreções quando necessário, assegurando a desativação dos alarmes do ventilador durante o procedimento e a sua posterior ativação; monitorizei a evolução clínica do doente com base nos ajustes do ventilador; efetuei as alterações adequadas conforme orientação médica; realizei gasimetrias para avaliação da oxigenação e ventilação (Elliott, et al., 2012; Urden, et al., 2014); e assegurei ainda duas das indicações mais recentes, não aspirar nem instilar soluções salinas por rotina e não substituir os circuitos do ventilador por rotina, mas só se visivelmente conspurcados (DGS, 2017b).

Apesar do princípio de cada ventilador ser o mesmo e os mecanismos de ventilação serem iguais, existem diferenças entre os ventiladores. Assim, tornou-se essencial aprofundar e mobilizar conhecimentos sobre ventilação e compreender os diferentes aparelhos e modos ventilatórios tendo em conta a situação clínica da pessoa e o objetivo da ventilação (Elliott et al., 2012). Para que exista uma prestação de cuidados com qualidade, é necessário que os enfermeiros compreendam os princípios da ventilação mecânica, assim como reconheçam a tolerância fisiológica específica de cada doente (Civetta, Taylor, & Kirby, 1992).

Por outro lado, em UCI a PSC tem na maioria das vezes instabilidade hemodinâmica (Fernandes, Dias, Costa, & Barbosa, 2009), necessitando de vigilância/monitorização hemodinâmica contínua, sendo que “a manutenção dum sistema de monitorização só é eficaz se integrado num trabalho de equipa multiprofissional, realizado por enfermeiros e médicos à beira do leito” (Fernandes et al., 2009, p. 7).

Destaco assim a importância de vigiar e monitorizar sinais e sintomas na PSC, de forma a antecipar instabilidade e risco de falência orgânica, tendo em conta a deteção de riscos e problemas potenciais, que se corrigidos de imediato, previnem uma espiral de agravamento, muitas vezes irreversível, com recurso à tecnologia disponível e à sensibilidade e experiência dos profissionais. O enfermeiro tem uma responsabilidade fundamental na vigilância do doente uma vez que a monitorização hemodinâmica tem de cumprir princípios de rigor na identificação, interpretação e controlo dos sinais. Dos métodos de monitorização hemodinâmica, saliento o sistema PiCCO® e PiCCO2® dado terem sido aqueles com que me deparei no estágio. Este

método permite avaliar de forma contínua o débito cardíaco através da técnica de termodiluição e assim fornecer dados objetivos sobre parâmetros que o determinam, como a pré-carga, a resistência sistémica e a contratilidade, facilitando o diagnóstico e o tratamento (Capitão & Pires, 2009).

Também no cuidado à PSC em UCI é impossível dissociá-la da sua família, na medida em que este internamento desencadeia sentimentos de insegurança e sofrimento tanto para a pessoa doente como para a família (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011). O internamento nestes serviços frequentemente acontece de forma súbita e abrupta estando associado a gravidade clínica e instabilidade, o que dificulta a adaptação da família à nova condição, gerando sentimentos de ansiedade, medo e incertezas (Castro et al., 2011). A família, na maioria das situações vivencia de forma intensa e emocional todas as alterações no estado clínico do seu familiar (Castro et al., 2011).

Por outro lado, o envolvimento da família contribui para o bem-estar e conforto da PSC (Sousa, 2014; Urden et al., 2014). Podemos utilizar a família como recurso de suporte emocional para a PSC, de forma a capacitá-la nas respostas às “agressões” do ambiente de cuidados intensivos. Para promover esse envolvimento, as famílias necessitam de informação. A necessidade de informação parece ser uma das maiores necessidades da família em UCI (Elliott et al., 2012). Nesse sentido, dentro da minha área de competências estive presente junto da família, recolhi informação sobre antecedentes da PSC e história atual de doença, forneci informações à família, explicando os procedimentos ou tratamentos necessários, de forma a favorecer o seu esclarecimento de dúvidas, orientei a família no ambiente do serviço e escutei as suas preocupações, tendo assim promovido o seu conforto físico e psicoespiritual (Wilson & Kolcaba, 2004).

A família foi ainda encorajada a falar com o doente, apesar de o mesmo se encontrar sedado, e a tocar no doente como forma de o confortar psicologicamente.

Nessa perspetiva, apresentei sempre disponibilidade para conhecer a família, prestar esclarecimentos e antecipar dúvidas. Por exemplo, quando tocava algum alarme da monitorização e se visualizava um fâcies de preocupação no familiar, procurava explicar o que estava a acontecer, tranquilizando-o e confortando-o. Devemos confortar a família, providenciando tempo para a escutar, procurando

compreender o que a mesma sabe sobre o seu familiar para poder fornecer informação clara de acordo com as explicações possíveis.

Outra das áreas de intervenção do enfermeiro é a prevenção e controlo da infeção hospitalar. Para tal contei com a realização de certos cuidados tais como, monitorizar sinais e sintomas locais e sistémicos de infeção; utilizar equipamentos de proteção individual (avental, luvas e máscara) na prestação de cuidados; assegurar a integridade do circuito de drenagem vesical, monitorizar características da urina e assegurar a remoção da sonda vesical assim que esta não seja necessária (DGS, 2013b) e ainda orientar as visitas para a descontaminação alcoólica das mãos antes e depois do contacto com o doente e higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela OMS e operacionalizado pela DGS (2010b).

Um procedimento invasivo usual em UCI é a colocação de cateteres (cateter venoso central e cateter arterial), cabendo ao enfermeiro colaborar nessa colocação assim como a sua manutenção e correto funcionamento, não devendo ficar esquecidos os cabos e fios, mantendo a sua fixação de forma a impedir pequenos incidentes ou interferir com a adequada medição do sistema (Capitão & Pires, 2009). Mais especificamente em termos de cuidados com os cateteres, foi essencial monitorizar locais de inserção dos cateteres para despiste de sinais inflamatórios; assegurar o cumprimento da assepsia durante a inserção e manipulação dos cateteres intravasculares; remover prontamente qualquer cateter que não seja necessário, segundo indicação médica; realizar o penso do local de inserção dos cateteres vasculares a cada 2 dias se se utilizar penso com compressa e a cada 7 dias se se utilizar penso transparente, com técnica assética; mudar os sistemas dos cateteres a cada 96h; substituir os sistemas de perfusão de propofol® a cada 6 a 12h e desinfetar *hubs* do cateter e torneiras de três vias com Cloro-hexidina a 2% aquando da administração de terapêutica e substituição de sistemas (Centers for Disease Control, 2011; DGS, 2015).

Durante o período de estágio tive oportunidade de participar na gestão de protocolos terapêuticos complexos como sejam a manutenção de dadores de órgãos em morte cerebral. Neste sentido, colaborei na prestação de cuidados a dois prováveis doentes dadores de órgãos em morte cerebral, onde assisti à realização de duas provas de morte cerebral.

A manutenção do doente potencial dador de órgãos é um processo complexo, que requer por parte dos enfermeiros um conhecimento de todas as formalidades legais envolvidas no processo, a prevenção, a deteção precoce e a atuação imediata perante as principais complicações da morte cerebral, de modo a que todos os órgãos possam ser retirados e transplantados nas melhores condições possíveis (Guetti & Marques, 2008).

Tentei ao máximo colaborar com a enfermeira responsável pelo doente na prestação de cuidados, no entanto, senti necessidade de manter algum distanciamento de forma a poder observar todas as alterações que ocorriam, assim como as respostas do doente às intervenções que lhe estavam a ser efetuadas. Destaco a responsabilidade dos enfermeiros pela avaliação e controlo de todos os parâmetros hemodinâmicos do potencial dador (Guetti & Marques, 2008).

Neste serviço, a transmissão de informação apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, efetuada primeiramente pelo enfermeiro chefe de equipa, que transmite a informação verbal de todos os doentes, utilizando ainda uma folha de registos que cede a todos os enfermeiros recetores com a informação considerada mais importante para a continuidade dos cuidados, tendo como principal finalidade promover e assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Estes funcionam ainda como momentos de partilha de outras informações, tais como alguns aspetos de natureza técnico-científica ou relativas à vida profissional, permitindo um momento de análise das práticas e de formação informal. Os contextos de trabalho são o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, onde se relaciona o saber formalizado com a prática, isto é, o saber, com o saber fazer e o saber ser (Alarcão & Rua, 2005). Cada vez mais se defende que a produção e a difusão do conhecimento e concomitantemente a aprendizagem, deixam de ser um monopólio dos sistemas educativos/formação, visto ultrapassarem os espaços-tempos formais, anteriormente delimitados e balizados pelas instâncias educativas (Pires, 2007).

Esta transmissão de informação ocorre primeiro junto ao balcão central e posteriormente junto à unidade de cada doente entre enfermeiro emissor e recetor, salvaguardando os princípios éticos e a privacidade da informação que respeita a cada doente (OE, 2015).

Pude ainda participar na transmissão de informação multidisciplinar, efetuada entre a equipa médica e o enfermeiro chefe de equipa e segundo elemento, onde pude constatar a relevância da articulação entre médicos e enfermeiros, a importância da complementaridade da informação obtida pelos enfermeiros e pelos médicos e a posterior discussão de equipa, atendendo ao melhor para o doente, onde todos podem aceder ao plano de tratamento de cada pessoa, previsto para aquele dia, possibilitando uma melhor gestão e planeamento de cuidados. Nestes momentos de partilha assegura-se, tal como defendido no Código Deontológico do Enfermeiro, o trabalho em articulação e em complementaridade com os outros profissionais (OE, 2015).

Ao longo do estágio, procurei situações que pudesse transpor para o meu contexto de trabalho. Deparei-me com vários materiais que irão melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à PSC, dos quais destaco por exemplo, um sistema de compressão pneumática intermitente para os membros inferiores para usar profilaticamente na prevenção da trombose venosa profunda relacionada com a imobilidade, essencial nos doentes sujeitos a imobilidade prolongada e que por algum motivo não podem fazer profilaxia sistémica de anticoagulantes (Urden et al., 2014).

Concomitantemente contactei com o aparelho *Cough Assist*, o qual está indicado nos doentes incapazes de tossir ou de eliminar secreções. Este equipamento também pode ser usado para tratar a tosse ineficiente causada por enfisemas, fibrose cística e bronquiectasia. É fundamental que se promova a mobilização de secreções de forma a prevenir estase e evitar complicações relacionadas com obstrução da via aérea tais como atelectasias (Urden et al., 2014). É assim uma forma segura, confortável e não invasiva de reduzir o risco de lesões nas vias aéreas e complicações respiratórias. Este, pode ser usado com máscara facial ou bocal ou com adaptador para doentes com tubo endotraqueal ou com traqueostomia. O *Cough Assist* é um exsufador mecânico que utiliza uma técnica conhecida como “insuflação-exsufação mecânica”, que projeta uma aplicação gradual de pressão positiva às vias aéreas, seguida por uma rápida troca para pressão negativa. O fluxo de ar inalado lentamente e expirado rapidamente simula o processo de tosse natural, enquanto evita problemas potenciais associados aos procedimentos mais invasivos. Identifiquei a necessidade de formação no meu contexto de trabalho sobre o manuseamento, indicações e contraindicações deste equipamento e nesse sentido foi possível promover uma

articulação entre serviços. Assim, foi realizada uma sessão de formação no meu contexto de trabalho, por duas enfermeiras peritas do contexto de estágio. Na sessão estiveram presentes cerca de 12 enfermeiros e a mesma teve como objetivo: divulgar as indicações e contra-indicações da utilização do *cough assist*, conhecer as modalidades de programação do equipamento, realizar exercícios simulados de realização de *cough assist* e discutir perspetivas sobre a sua utilização.

Resultados – Da minha prestação direta de cuidados de enfermagem sublinho competências na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, principalmente na antecipação da instabilidade e falência orgânica (ESEL, 2010).

Considero que a minha experiência e competências neste contexto foi um veículo facilitador do desenvolvimento de novas competências, uma vez que “a enfermeira competente possui a capacidade de discernimento nas situações críticas, a apreensão imediata da complicação, a rapidez da decisão e do gesto que fazem a eficácia da sua acção” (Phaneuf, 2005, p.5).

O estágio neste serviço permitiu igualmente desenvolver competências na assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro). Penso ter respeitado os seus valores e crenças, dando-lhe espaço para o esclarecimento de dúvidas.

Como apresentado, foi ainda possível desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção, perante a pessoa em situação crítica (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

Na gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro) destaco a minha colaboração na prestação de cuidados a dois prováveis doentes dadores de órgãos em morte cerebral, onde assisti à realização de duas provas de morte cerebral. Os cuidados prestados ao potencial dador de órgãos não diferem dos cuidados que se prestam à PSC, uma vez que durante a manutenção do dador de órgãos é essencial uma monitorização adequada e apertada. São, no entanto, protocolos que têm de ser criteriosos e que exigem que os profissionais de saúde estejam aptos, não só na identificação, mas também na manutenção de um potencial dador de órgãos em morte

cerebral (Urden et al., 2014). Os profissionais presentes, foram bastante disponíveis, o que tornou as experiências proveitosos momentos de aprendizagem.

Da experiência por mim vivida, considere os momentos de transmissão de informação essenciais para o meu conhecimento dos doentes, o que dada a minha inacessibilidade ao SI veio colmatar esse hiato e assim permitir a prestação de cuidados seguros.

No sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, foi essencial a realização de uma sessão de formação que promovi em articulação com o contexto de estágio e de trabalho, sobre o manuseamento, indicações e contraindicações do *Cough Assist*, realizada por enfermeiras peritas. Assumi assim, a responsabilidade de contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e/ou para rever o desempenho estratégico de equipas (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013).

Objetivo 3) Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da PSC impossibilitada de autoavaliar a dor

Neste contexto a abordagem sistemática da dor foi uma intervenção de enfermagem presente na minha prática, tendo colaborado na prestação de cuidados de enfermagem que visam a gestão da dor da PSC, tais como avaliação, monitorização, reavaliação, registo e implementação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.

Cuidar da pessoa com dor, em qualquer contexto de cuidados, é um desafio para o enfermeiro pois, cada pessoa sente a dor de forma diferente, não reage e não a verbaliza da mesma forma e, por outro lado, a pessoa pode estar impossibilitada de comunicar pela necessidade de ventilação e sedação, tornando-se assim um procedimento complexo em contexto de UCI. A capacidade de gerir a dor da PSC passa por reconhecer que a mesma existe.

Dada a subjetividade da dor, a autoavaliação é preconizada como a escolha acertada de forma a evitar enviesamento dos dados obtidos (Rahu et al., 2015). No entanto, por vezes tal não é possível sendo necessário recorrer a escalas de heteroavaliação que avaliam parâmetros fisiológicos e comportamentais. Neste sentido, procurei situações onde pudesse desenvolver competências na avaliação da

dor da PSC, principalmente no doente submetido a ventilação mecânica, sedado e/ou com alterações neurológicas, de forma a aumentar a experiência com a utilização da escala BPS. Pude verificar que esta é uma escala de rápida e fácil aplicação, cujos resultados são fundamentais para guiar as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas a utilizar.

Neste hospital existe um protocolo de monitorização da dor, que embora transversal a todos os serviços do hospital, possui algumas especificidades relacionadas com o tipo de doente internado na UCI. Nesta UCI recorre-se ao uso da Escala Numérica nos doentes que comunicam e não possuem défice cognitivo. Nos doentes que não comunicam ou apresentam défices cognitivos acentuados aplica-se a escala *Checklist of Nonverbal Pain Indicators* e nos doentes submetidos a ventilação mecânica que não comunicam recorre-se à escala BPS.

Junto da PSC procurei identificar a dor, avaliar a sua intensidade, localização, fatores de alívio e de agravamento, planear as intervenções adequadas ao seu controlo e reavaliar a dor após as intervenções realizadas (OE, 2008), pois só através da reavaliação se pode reajustar as intervenções de acordo com os resultados obtidos (Ferreira et al., 2014).

No que diz respeito às intervenções farmacológicas, pude verificar que praticamente todos os doentes se encontram analgesiados com fentanil® em perfusão contínua, podendo ainda ter associada analgesia em bólus como complemento, demonstrando assim que existe preocupação com a dor, consciência de que esta é frequente em cuidados intensivos (Urden et al., 2014) e o reconhecimento dos benefícios da analgesia multimodal (Sarmiento et al., 2013).

Autores como Benner, Kyriakidis, e Stannard (2011) referem que no cuidado altamente tecnológico dos cuidados intensivos, frequentemente invasivo e causador de dor, devem ser integrados os conhecimentos e competências relacionadas com o conforto. Deste modo, foram várias as intervenções não-farmacológicas que pude executar de forma a satisfazer ou manter satisfeitas as necessidades de conforto nos vários domínios identificados por Kolcaba, na tentativa de minimizar os obstáculos à experiência holística de conforto. Relativamente à necessidade de conforto físico, foi satisfeita através do alívio da dor e da execução dos cuidados de higiene corporal, higiene oral, hidratação da pele, massagem ou posicionamento adequado no leito. Foi ainda efetuada vigilância, monitorização e gestão do regime terapêutico, fundamental

para a manutenção da homeostasia, essencial na manutenção desta dimensão do conforto. Outra necessidade de conforto prende-se com a dimensão psicoespiritual, onde a confusão, a ansiedade, o medo e a falta de informação podem ter um papel destabilizador (Wilson & Kolcaba, 2004). Nesta Unidade, na PSC é utilizada a escala de sedação RAMSAY e segundo esta é administrada terapêutica sedativa, de acordo com prescrição médica. Estas medidas permitem manter o doente sedado de acordo com a necessidade da sua situação clínica, evitando assim ansiedade, medo e agitação. Apesar dos doentes se encontrarem sob efeito de sedação procurei comunicar oralmente com os mesmos durante os procedimentos e recorri ao toque de forma a promover conforto psicoespiritual. Nos doentes sem efeito de terapêutica sedativa, o conforto psicoespiritual foi promovido através de esclarecimento de dúvidas sobre a sua situação clínica e procedimentos a executar, mostrando sempre disponibilidade para prestar apoio emocional. Sempre que possível, fomentei a presença da família de forma a facilitar a manutenção de relações interpessoais que são fundamentais para manter um conforto sociocultural (Wilson & Kolcaba, 2004). No que diz respeito ao conforto ambiental, percebe-se que num ambiente de cuidados intensivos esse conforto pode estar facilmente afetado, devido ao ruído dos profissionais e equipamentos, luzes, temperatura desconfortável e falta de privacidade (Wilson & Kolcaba, 2004). Por esse motivo, é importante a realização de intervenções que favoreçam a gestão adequada do ambiente tais como, diminuição das luzes, do ruído, utilização de cortinas para manter a privacidade e controlo da temperatura através da utilização de roupa (camisa de dormir/roupa de cama), tendo sido uma preocupação que mantive na minha ação.

As intervenções de enfermagem que utilizei foram adaptadas às características de cada doente, tendo como objetivo influenciar o conforto nas suas várias dimensões, sabendo que estas se influenciam mutuamente, obtendo-se como resultado a satisfação da necessidade de conforto de uma forma holística.

Sabendo que a dor está associada à grande maioria das situações que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003), destaco o reconhecimento de procedimentos causadores de dor (entubação endotraqueal, colocação de drenagem torácica, colocação de cateteres, realização de pensos cirúrgicos, entre outros), intervindo antecipadamente na sua gestão. Neste sentido, pude intervir na antecipação de analgesia pré procedimentos assim como a realização de

intervenções não-farmacológicas de alívio da dor e otimização do conforto, como a explicação dos procedimentos, a colocação do doente em posicionamento adequado ou o toque como forma de promover o conforto, tal como sugerido por Barr et al. (2013).

No serviço foi sentida a necessidade de realizar uma sessão de formação que desse enfoque à gestão da dor, pois a equipa apresenta grande rotatividade e nem todos os elementos tiveram oportunidade de realizar formação sobre o tema. Assim, realizei 3 sessões de formação em dias distintos de forma a abranger o maior número possível de enfermeiros. Nesta sessão de formação “Gestão da dor na PSC” (Apêndice V), apresentei dados sobre a pertinência do tema e foram lembrados aspetos fundamentais da gestão da dor como sejam a avaliação/monitorização com utilização da escala adequada para cada situação. Proporcionei momentos de reflexão essencialmente sobre a importância da avaliação e monitorização da dor de forma sistematizada na PSC, sendo clarificada a importância de privilegiar a autoavaliação sempre que o doente o permita. Nas situações em que o doente, apesar de ventilado, consegue comunicar, através de outras formas que não a comunicação verbal, deve-se optar por obter do doente a sua autoavaliação, recorrendo a gestos, aceno de cabeça ou mímica labial e facial.

A realização de um estudo de caso, visando uma estratégia de investigação empírica que permite estudar em profundidade fenómenos no seu contexto real (Grilo & Mendes, 2012), permitiu-me analisar de forma sistematizada uma situação de cuidados, desde a pesquisa realizada para o enquadramento teórico e a ligação da situação selecionada com a Teoria do Conforto de Kolcaba, tendo realizado a avaliação de acordo com as intervenções instituídas e estruturado um plano de cuidados com o levantamento de diagnósticos adequados à situação, planeamento e execução de atividades e resultados esperados, de acordo com a linguagem NANDA-I (NANDA Internacional, 2015). A escolha do caso clínico derivou do facto de ter sido um doente ao qual durante o seu internamento foi possível aplicar as três escalas de avaliação da dor implementadas no serviço. Constatei com este estudo de caso que diferentes escalas de avaliação e monitorização da dor têm aplicabilidade numa UCI, onde o doente passa por diferentes fases no seu percurso de doença, necessitando assim de escalas adequadas para garantir a gestão da dor.

A participação nas 25ª Jornadas da Dor do Hospital Garcia de Orta, durante o período que estive na UCI (Apêndice VI), constituiu um excelente momento de aprendizagem, com reflexo no meu desenvolvimento de competências na área da gestão da dor. Destaco o tema “A dor é inevitável, o sofrimento é opcional”, onde foi demonstrado a importância da analgesia multimodal, caracterizada pela administração de uma combinação de analgésicos opióides e não opióides que atuam em locais diferentes do sistema nervoso central e periférico com a finalidade de melhorar o controlo da dor e simultaneamente eliminar os efeitos secundários indesejáveis relacionados com o uso dos opióides (Sarmiento et al., 2013), trazendo assim claros benefícios na gestão da dor.

Resultados – Terminado este percurso considero que desenvolvi competências de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, antecipando as respostas, recorrendo a intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

Prestei cuidados à PSC submetida a VMI, sedada e por isso incapaz de autoavaliar a dor, o que me permitiu conhecer mais detalhadamente a escala comportamental - BPS, escala defendida como adequada para a avaliação da dor nestes doentes, desenvolvendo perícia na sua aplicação, de forma a otimizar os resultados das intervenções de enfermagem.

Com a realização da sessão de formação “Gestão da dor na PSC”, proporcionei um momento de reflexão sobre a importância da avaliação, monitorização, registo e reavaliação da dor na PSC de forma sistematizada, tendo assim contribuído para o desenvolvimento de competências na formação de pares, ao assumir a responsabilidade como dinamizador de aprendizagem na área da especialidade (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro), tendo sido um momento de partilha que procurou munir os enfermeiros de fontes de informação de forma a facilitar a sua tomada de decisão (ESEL, 2010).

De salientar a reflexão sobre a minha prática de cuidados de enfermagem com a elaboração do estudo de caso, onde pude articular a teoria com a prática de forma a consolidar os conhecimentos adquiridos expondo com clareza os resultados do meu próprio raciocínio, tal como defendido pelas competências a desenvolver para o Mestrado na Área de Especialização em PSC (ESEL, 2010).

A frequência das 25^a Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta, foram mais um contributo para o desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na gestão da dor (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro). Foi possível assistir a uma partilha de experiências e de discussão de temas por peritos na área, estimulando a reflexão e contribuindo para a desenvolvimento de uma práxis clínica com base em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 122/2011, de 18 fevereiro). Com a participação nestas Jornadas, tive oportunidade de seleccionar informação relevante para a minha tomada de decisão (ESEL, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor está relacionada com o conforto prejudicado ou o desconforto que é experienciado no contexto físico (Kolcaba, 2003). A satisfação da necessidade de conforto constitui-se um resultado holístico e universalmente desejável, relativo à disciplina da Enfermagem e transversal a vários níveis e contextos (Kolcaba, 1994). Estando o conforto ligado à gestão da dor, a Teoria do Conforto de Kolcaba foi essencial no meu percurso de desenvolvimento de competências, tendo-me permitido descobrir um enquadramento para a minha prática diária assim como fundamentar as intervenções e estratégias desenvolvidas ao longo dos estágios, de forma a fazer a conexão entre a teoria e a prática.

Para a gestão da dor, a avaliação, a monitorização e o seu controlo são essenciais, em qualquer contexto, sendo que os enfermeiros apesar de possuírem o conhecimento de que os seus doentes têm dor, encontram-se frequentemente limitados na sua capacidade de controlar a experiência de dor da pessoa (Wilson, 2007), e por isso devemos refletir sobre a sua gestão de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a DGS (2008, p.2) “o controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”.

De forma a dar resposta ao enunciado descritivo de satisfação do doente, um dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em PSC, a nossa intervenção deve ser “precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho, p.17241). Assim, é essencial promover “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não-farmacológicas – para alívio da dor” (Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho, p.17242).

Neste sentido, e de acordo com o preconizado no Curso de Mestrado Área de Especialização em PSC da ESEL, selecionei dois contextos de saúde para realizar estágio, reconhecidos como locais de referência no tratamento e vigilância da PSC, com o objetivo de consolidar conhecimentos que derivam da atuação, vivência e

reflexão das diferentes experiências clínicas (Freitas & Terrasêca, 2013), na procura do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

A enfermagem tem estado em constante desenvolvimento ao longo dos últimos anos, sempre com o objetivo de satisfazer as necessidades das pessoas e famílias a quem presta cuidados. Para tal, os enfermeiros devem investir na formação, na aquisição e desenvolvimento de competências capazes de darem resposta a situações cada vez de maior complexidade. De forma a contribuir para o desenvolvimento do enfermeiro com influência na sua tomada de decisão, é assim fundamental a formação contínua, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Hesbeen, 2000).

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), os enfermeiros na procura da excelência do seu exercício têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas. Se por um lado, a prática reflexiva inclui a construção do saber a partir da experiência (Alarcão, 2001), por outro lado, a formação fomenta o desenvolvimento de competências e possibilita ao enfermeiro transformar-se num profissional capaz de refletir sobre os problemas com os quais se confronta na sua prática diária. Apesar do conhecimento teórico e prático serem distintos, é um facto que ambos fazem parte de um todo.

Fazendo uma retrospectiva aos objetivos propostos, considero que estes foram atingidos, possibilitando a aprendizagem e o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns e específicas do enfermeiro com prática avançada e mestre. Tendo por base o plano de estudos deste Curso de Mestrado, as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º Ciclo de estudos e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, gostava de destacar as seguintes competências desenvolvidas: mobilização de sólidos padrões de conhecimento para a práxis clínica; seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC e sua família; prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica; competências de autoaprendizagem; demonstração de um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais da disciplina.

Para além da prestação de cuidados à PSC e sua família, os momentos formativos formais e informais, o recurso à pesquisa bibliográfica, a realização da RIL e proposta de sua divulgação numa revista, a elaboração de um jornal de aprendizagem e de um estudo de caso, a elaboração de um Póster científico e a consequente participação em jornadas centradas na problemática da PSC, os momentos de reflexão com o professor orientador e enfermeiros orientadores dos contextos de estágio e a partilha com a equipa multidisciplinar, constituíram fontes de conhecimento no meu percurso de desenvolvimento de competências.

Investi essencialmente na gestão da dor na PSC impossibilitada da sua autoavaliação, tendo assim procurado momentos de aprendizagem em torno deste meu objetivo.

Com a realização de estágio no SU, foi-me facultada a consolidação de conhecimentos e habilidades relacionadas com o cuidar da PSC em situações de urgência e emergência. Neste contexto, são observadas PSC que necessitam de avaliação e intervenção imediata, onde o grau de instabilidade é grande, sendo necessário prever e antecipar situações de risco. Tive oportunidade de desenvolver competências na identificação de intervenções prioritárias, sistematização da avaliação da PSC e gestão de protocolos terapêuticos complexos tais como a VV AVC. Neste contexto, pude ainda pôr em prática os conhecimentos adquiridos sobre gestão da dor ao longo do meu percurso.

Na UCI, foi possível consolidar conhecimentos e desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e sua família. Destaco a prestação de cuidados técnicos de alta complexidade à pessoa submetida a VMI, a técnicas de substituição da função renal contínua e intermitente e Plasmaforese, a vigilância e monitorização da PSC recorrendo a métodos invasivos, a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, como o da manutenção de dador de órgãos, a implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção na manipulação de dispositivos invasivos e a gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC recorrendo a intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. Tive ainda, oportunidade de desenvolver competências na aplicação das escalas à pessoa com dor, nomeadamente escalas indicadas para a avaliação da dor à PSC impossibilitada da sua autoavaliação.

A experiência profissional que já detinha em UCI, sendo este um espaço que já conheço, que de algum modo me é familiar, embora nunca ali tenha exercido enquanto profissional prestador de cuidados, revelou-se um fator facilitador de todo este processo de desenvolvimento de competências.

Este meu percurso de desenvolvimento de competências só se tornou possível, devido à minha motivação pessoal, e a uma vontade imensa de querer continuar a aprender. Contudo, não posso deixar de referir que existiram momentos menos positivos que me provocaram alguma angústia, tais como a dificuldade em conciliar horários de estágios, de trabalho, realização de trabalho autónomo e vida pessoal.

Como perspetivas futuras pretendo assumir a responsabilidade profissional na prestação de cuidados à PSC, em particular na gestão da dor da PSC, e assim, implementar a utilização da escala BPS na PSC ventilada e impossibilitada de autoavaliar a dor no meu contexto de trabalho. Desde já salientar que durante este percurso passei a integrar o Grupo Institucional da Dor do Hospital onde exerço funções. Com a minha inclusão no Grupo Institucional da Dor-pretendo transferir as aprendizagens resultantes do meu percurso no Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em PSC para o meu contexto de trabalho e assim demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem (ESEL, 2010) desempenhando a responsabilidade de elemento de referência no seio da equipa para garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC impossibilitada de autoavaliar a dor, assumindo responsabilidades na contribuição de conhecimentos para assim rever o desempenho estratégico de equipas no meu contexto de trabalho (Direção Geral do Ensino Superior, 2013).

Espero ainda que este relatório sirva de incentivo para o desenvolvimento do conhecimento relacionado com a intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor da PSC e que o mesmo sirva ainda de referência na divulgação desse mesmo conhecimento.

O enfermeiro tem a responsabilidade de contribuir para uma gestão eficaz da dor na PSC através da sua identificação e avaliação, colaboração com a equipa multidisciplinar, estabelecimento de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, reconhecimento de prováveis causas de dor e supervisão da resposta da pessoa às intervenções executadas. Deste modo, todos os profissionais de saúde devem utilizar estratégias para prevenção e controlo da dor, contribuindo assim para

o bem-estar da pessoa, redução da morbidade, humanização dos cuidados e ganhos em saúde (OE, 2008).

Concluo partilhando a ideia defendida por Kolcaba (2003) de que cabe aos enfermeiros liderar o caminho de trazer de volta o conforto do doente/família e a consciencialização dos profissionais sobre a pertinência deste tema, já que a efetiva gestão da dor é uma significativa parte do conceito de conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, (6), 53-59.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento. *Texto Contexto Enferm*, 14(3), 373–382.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2013). *Supervisão da prática pedagógica*. Coimbra: Almedina.
- 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. Acedido em 3/3/2018. Disponível em <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/controlo-da-dor-no-doente-inconsciente-revisao-sistematica-da-literatura>.
- American Heart Association. (2015). *Guidelines 2015 CPR& ECC*. Dallas: American Heart Association.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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 Internacional para o Estudo da Dor. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... 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.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor. Manual de Estudo* (Vol. 1). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- 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.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

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.

Bible, D. (2006). Pain Assessment at Nurse Triage: A Literature Review. *Emergency Nurse*, 14 (3), 26–30.

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

Bottega, F., & Fontana, R. (2010). A dor como quinto sinal vital: Utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm*, 19(2), 283–290.

Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing Critical Care*, 13(6), 288–298.

Capitão, E., & Pires, J. (2009). Como eu, enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(3).

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.

Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI : Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15, 41–59.

Centers for Disease Control. (2011). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, 2011*. Washington: Centers for Disease Control.

Chanques, G., Payen, J., Mercier, G., Lattre, S., Viel, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*, 35, 2060–2067. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1590-5>

Civetta, J., Taylor, R., & Kirby, R. (1992). *Tratado de terapia Intensiva*. Bela Vista: Editora Manole Ltda.

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência. (2012).

- Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - relatório CRRNEU.*
Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Costa, C., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII, 855–867.
- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto. Sistema Integrado de Emergência Médica. *Diário da Republica II Série*, Nº 153, 20673 (2014). 20673-20678.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. *Diário da Republica II Série*, Nº 28, 3882 (2015). 2015-2020.
- Despacho nº 18459/2006 de 12 de Setembro. Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de Unidades Básicas de Urgência (UBU). *Diário da Republica II Série*, Nº 176, 18611 (2006). 18611-18612.
- Despacho Normativo nº 11/2002 de 6 de Março. A reorganização da urgência hospitalar. *Diário da Republica I Série*, Nº 55, 1865 (2002). 1865-1866.
- Direção-Geral da Saúde. (2001a). *Plano Nacional de Luta contra a dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2001b). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- 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. (2008). *Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD-Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010a). *Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO - Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010b). *Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *“Feixe de intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Abordagem da Transfusão Maciça no Adulto*.

Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *“Feixe de intervenções” de prevenção de pneumonia associada à intubação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Lisboa: Direção-Geral do Ensino Superior.

Doran, D. (2011). *Nursing outcomes the state of the science* (2nd ed.). Toronto: Jones & Bartlett Learning.

Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN’s Critical Care Nursing* (2ª ed.). Chatswood: Elsevier.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC Nº NCE/09/01932*. Lisboa: ESEL.

Fanning, R., & Gaba, D. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Summer, 2* (2), 115–125. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539>

Fernandes, A., Dias, C., Costa, P., & Barbosa, S. (2009). Hemodinâmica no século XXI: um desafio para a medicina intensiva. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 16*(3).

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

Freitas, P., & Terrasêca, M. (2013). Aprendizagem e avaliação em ensino clínico . A teoria dos três mundos. *Journal for Educators, Teachers and Trainers, 4*(2), 36–47.

Ganley, G. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard, 26*(12), 49–57.

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. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>

Gélinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., & Puntillo, K. (2004). Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *American Journal of Critical Care, 13*(2), 126–35.

Glowacki, D. (2015). Effective pain management and improvements in Patients’ outcomes and satisfaction. *Critical Care Nurse, 35*(3), 33–43.

- Godinho, N. (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações normas APA e ISO 690 (NP 405)*. Lisboa: ESEL.
- Grilo, E., & Mendes, F. (2012). O estudo de caso como estratégia de investigação em enfermagem. In *III Congresso de Investigação Ibero-Americano de Países de Língua Oficial Portuguesa*. Coimbra. Acedido em 3/3/2018. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/1744>
- Guetti, R., & Marques, I. (2008). Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 91–97. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000100014>
- Hayes, K., & Gordon, D. (2015). Delivering quality pain management : The challenge. *Association of Registered Nurses*, 101(3), 327–337. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.11.019>
- Herr, K., & Mccaffery, M. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230–250. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hess, D. (2012). The growing role of noninvasive ventilation in patients requiring prolonged mechanical ventilation. *Respiratory Care*, 57(6), 900–918. <https://doi.org/10.4187/respcare.01692>
- Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units : a review. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 575–584.
- INEM. (2012). *Situação de exceção manual TAS*. Lisboa: INEM.
- 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.
- Khalid, I., Sherbini, N., Qushmaq, I., Qabajah, M., Nisar, A., Khalid, T., & Hamad, W. (2014). Outcomes of patients treated with noninvasive ventilation by a medical emergency team on the wards. *Respiratory Care*, 59(2), 186–193. <https://doi.org/10.4187/respcare.02515>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.08.009>
- 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. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- Ministério da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministry of Health - Region of Madrid (2017). *Humanisation in intensive care units*. Madrid: Ministry of Helth - Region of Madrid.
- NANDA Internacional. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2015-2017* (10th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Olsen, B., Rustøen, T., Sandvik, L., Jacobsen, M., & Valeberg, B. (2016). Results of implementing a pain management algorithm in intensive care unit patients: the impact on pain assessment, length of stay, and duration of ventilation. *Journal of Critical Care*, 36, 207–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.011>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de enfermagem*. Santo Tirso: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos - recomendações*. Lisboa: Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- 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.
- Payen, J., Bru, O., Bosson, J., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263.
- Payen, J., Chanques, G., Mantz, J., Hercule, C., Auriant, I., Leguillou, J., ... Bosson, J. (2007). Current practices in sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients. *Anesthesiology*, 106(4), 687–695.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.










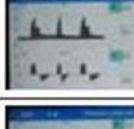


- Pires, A. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais: Uma problemática educativa. *Sísifo - Revista de Ciências Da Educação*, (2), 5–20. <https://doi.org/1649-4990>
- Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil, N., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 4(4), 171–175. [https://doi.org/10.1016/S1524-9042\(03\)00033-X](https://doi.org/10.1016/S1524-9042(03)00033-X)
- Rahu, M., Grap, M., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elswick, R. (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 514–524.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 fevereiro. Competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República nº35, 2ª Série - 18 de fevereiro (2011)*. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 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 de 2011 (2011)*. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República, 2ª Série - nº123 - 26 de junho de 2015 (2015)*. Lisboa, Portugal.
- Rigotti, M., & Ferreira, A. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*, 12(1), 50–54.
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Caring for the family of the critically ill person: the experience of nurses. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.
- Salman, A., Milbrandt, E., & Pinsky, M. (2010). The role of noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. *Critical Care*, 14(303), 1–3.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para uma reflexão estruturada. *Revista Referência*, (11), 59–62.
- Santos, E. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação Área de Especialização de Educação e Formação de Adultos. Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.

- Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4^a ed.). Filadélfia: F.A. Davis Company.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano nacional de avaliação da dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica.
- Stites, M. (2013). Observational pain scales. *Critical Care Nurse*, 33(3), 68–78.
- Tomey, A., & Alligod, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5^a ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tracy, M., & Chlan, L. (2011). Nonpharmacological interventions to manage common symptoms in patients receiving mechanical ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), 19–28. <https://doi.org/10.4037/ccn2011653>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7th ed.). Missouri: Elsevier.
- Wilson, B. (2007). Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing*, 1012–1020. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01692.x>
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
- Young, J., Siffleet, J., & Nikoletti, S. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and / or sedated patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22, 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.04.004>
- Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management, 2(4), 474–478. <https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2011.04.0100>

ANEXOS

Anexo I

Versão Portuguesa da Escala BPS

Indicador	Item	Pontuação	
Expressão facial	Relaxada	1	
	Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas	2	
	Completamente contraída = pálpebras fechadas	3	
	Careta = esgar facial	4	
Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro)	Sem movimento	1	
	Parcialmente fletidos	2	
	Muito fletidos com flexão dos dedos	3	
	Retraído, resistência aos cuidados	4	
Adaptação ao ventilador	Tolera a ventilação	1	
	Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2	
	Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3	
	Incapaz de controlar a ventilação	4	

Fonte: (Batalha et al., 2013).

APÊNDICES

Apêndice I – Sessão de formação
“Reanimação com suporte extracorporal e dispositivo mecânico de compressão”

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Paula Cristina Niza** frequentou a Ação de Formação “**Reanimação com Suporte Extracorporal e Dispositivo Mecânico de Compressão Externa**” realizada no dia **23 de outubro de 2017**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 12 de dezembro de 2017

 A Área de Gestão da Formação



Manuela Brioso
Técnica Superior

*Declaração N.º 7277/2017/CS
URGÊNCIA GERAL/HSJ*

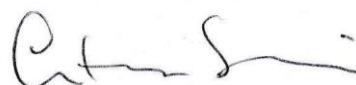
Apêndice II – Sessão de formação
“Queda de doentes na Urgência Geral Polivalente”

DECLARAÇÃO

Declara-se que PAULA CRISTINA PINTO frequentou a Ação de Formação "Quedas de Doentes na Urgência Geral Polivalente" realizada no dia 19 de outubro de 2017, com a duração total de 1 hora e 30 minutos.

Lisboa, 27 de outubro de 2017

A Área de Gestão da Formação



Catarina Soeiro
Técnica Superior

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Cústo 4206015
Área de Gestão da Formação

(Programa no Verso)
Declaração N.º 6924/2017/CS

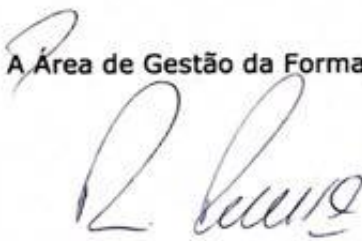
URGÊNCIA GERAL/HSJ

Apêndice III – Sessão de formação
“Segurança Contra Incêndios”

DECLARAÇÃO

Declara-se que **PAULA CRISTINA PINTO SIMAS NIZA** frequentou a Acção de Formação "**Segurança Contra Incêndios - Sessões Teórico - Práticas**" realizada no **dia 23 de Novembro de 2017**, com a duração total de **2 horas**.

Lisboa, 20 de Novembro de 2017


A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Custo 4200010
Área de Gestão da Formação

*Declaração N.º7655/2017/CS
URGÊNCIA GERAL/HSJ*

Apêndice IV

4º Encontro de Enfermagem de Emergência

do Doente Crítico 2017

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Paula Niza e Carla Nascimento foram autoras do póster com o título:

“Intervenções não-farmacológicas de enfermagem na gestão da dor na pessoa em situação crítica, da evidência à prática” apresentado por **Paula Niza** no evento “Doente Crítico 2017”, realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'João Fernandes'.

(Enfª João Fernandes)

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Paula Cristina Pinto Simas Niza

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE



(Enfº João Fernandes)

Apêndice V

Sessão formação “Gestão da dor na PSC”

PLANO DE SESSÃO: Gestão da dor na pessoa em situação crítica

LOCAL: UCI / Intermédios

DURAÇÃO: 20min

Objetivo: Refletir sobre a importância da avaliação e monitorização da dor de forma sistematizada na pessoa em situação crítica

FORMADOR: Paula Niza

UNIDADE CURRICULAR: Estágio com Relatório

		Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/Meios didáticos	Avaliação
Sumário	Introdução	Apresentação do tema e sua pertinência Identificação da formadora Apresentação do objetivo	Expositivo	Computador Apresentação PowerPoint	Formativa
	Desenvolvimento	Definição de dor Pertinência da gestão da dor Dor em UCI O papel dos enfermeiros Avaliação da dor: instrumentos de auto e heteroavaliação	Expositivo	Computador Apresentação PowerPoint	
	Considerações finais	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo/Interativo	Computador Apresentação PowerPoint	

Gestão da dor na pessoa em situação crítica

Paula Niza

Orientadora: Professora Doutora Carla Nascimento

Tutor: Enfermeiro J M

13 de abril de
2018

SUMÁRIO

- Objetivo
- Definição de dor
- Pertinência da gestão da dor
- Dor em Unidade de Cuidados Intensivos
- O papel dos enfermeiros
- Avaliação da dor: instrumentos de auto e hetero avaliação
- Considerações finais

13 de abril de 2018

Objetivo



- Refletir sobre a importância da avaliação e monitorização da dor de forma sistematizada na pessoa em situação crítica impossibilitada de a autoavaliar

13 de abril de 2018



Dor

A dor é “(...) uma experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade”

(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.11)

“(...) experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão real ou potencial nos tecidos (...)”

(Internacional Association for the Study of Pain, 1994)

13 de abril de 2018

Dor



Pode motivar alterações em múltiplos sistemas orgânicos e daí podem resultar comorbilidades, redução da qualidade de vida e perpetuação da dor

(Direcção-Geral da Saúde, n.d.)

13 de abril de 2018

GESTÃO DA DOR

É um dos elementos-chave para melhorar o conforto e os outcomes da PSC a curto e a longo prazo, como seja o síndrome pós-uci

Ao intervir na gestão da dor podemos reduzir o stress pós-traumático que advém do internamento e prevenir a dor crónica, já que a persistência da dor aguda a pode transformar em dor crónica

(Ministry of Health - Region of Madrid, 2017)

13 de abril de 2018

GESTÃO DA DOR

PRIORIDADE

Plano Nacional de Luta Contra a Dor

(Direção-Geral da Saúde, 2001)

Equiparação da dor a um 5º sinal vital

(Direção-Geral da Saúde, 2003)

Programa Nacional do Controlo da Dor

(Direção-Geral da Saúde, 2008)

Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

(Direção-Geral da Saúde, 2013)

13 de abril de 2018

Humanizar os cuidados numa UCI

Áreas de intervenção prioritária

Promoção do bem-estar / gestão da dor

Registo em gráfico da monitorização da dor 2018

Implementação e atualização de protocolos de analgesia em pelo menos 95% das UCI, até ao final de 2019

(Ministry of Health - Region of Madrid, 2017)

13 de abril de 2018

DOR NA UCI

O agente de stress mais comum sentido pela PSC

(Blenkhan, Faughnan, & Morgan, 2002)

Experienciada pela maioria dos doentes internados nas UCI

(Barr et al., 2013; Joffe, Hallman, Gélinas, Herr, & Puntillo, 2013)

Um UCI, a PSC apresenta níveis significativos de dor e de desconforto provenientes de múltiplas fontes (intrínsecas e extrínsecas).

(Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008)

13 de abril de 2018

A gestão da dor é um direito de todos os doentes, sendo consensual o impacto que tem no aumento do risco de complicações, aumento da instabilidade clínica e diminuição do conforto e bem-estar

(Direcção-Geral da Saúde, 2013)

“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”

(Alfarobinha, Pedro, Moutinho de Oliveira, Nobre, & Ferreira de Matos, 2013, p.13)

13 de abril de 2018

ENFERMEIROS

Gerir a dor e o bem-estar da PSC



Estar atentos a Sinais fisiológicos e emocionais de mal-estar



Gerir as medidas farmacológicas e não-farmacológicas de combate à dor

(Regulamento no 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011)

13 de abril de 2018

A dor não controlada pode ter consequências imediatas e a longo prazo, devendo por isso ser prevenida

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

Como “profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.11)

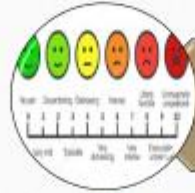
Os enfermeiros estão presentes em quase todos os procedimentos dolorosos, portanto são os profissionais indicados para avaliar e monitorizar a dor na pessoa em situação crítica (IASP, 2010)

13 de abril de 2018



Informação da história de dor na apreciação inicial

(Urden, Stacy, & Lough, 2014)



Registrar a intensidade da dor

(Ordem dos Enfermeiros, 2006)

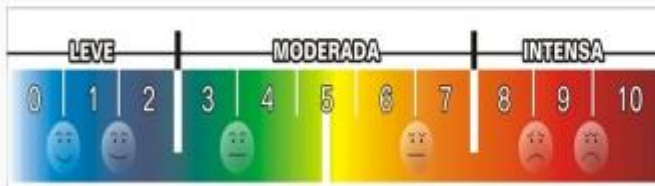


Registrar sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, os seus efeitos, bem como as mudanças do plano terapêutico

(Ordem dos Enfermeiros, 2006)

AVALIAÇÃO DA DOR: INSTRUMENTOS DE AUTO E HETERO AVALIAÇÃO

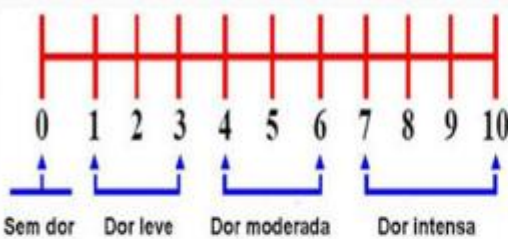
DE VÍCIO E HELEBO AVATIAÇÃO



O uso de escalas facilita a avaliação e monitorização sistemática da dor, mas para tal as escalas devem ser adequadas para a população em questão

(Urden, Stacy, & Lough, 2014)

13 de abril de 2018



A qualidade, a quantidade e o impacto da dor são influenciados por fatores individuais, tais como experiências de dor anteriores (Doran, 2011)

É um sintoma subjetivo e por isso diferente para cada um de nós, a melhor forma de procedermos à sua avaliação seria a autoavaliação (Rahu et al., 2015)

13 de abril de 2018

AUTOAVALIAÇÃO

A avaliação da dor
efectuada pela pessoa que a
experiencia

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

13 de abril de 2018

Autoavaliação

Doente comunicante
sem défice cognitivo

Escala Numérica
Escala Qualitativa
EVA

Doente comunicante
com défice cognitivo
ligeiro / baixo nível
cultural

Escala de Faces

13 de abril de 2018



Pessoas submetidas a VMI, sedadas ou com alterações neurológicas, incapazes de comunicar verbalmente, a avaliação da dor torna-se mais difícil

(Urden, Stacy, & Lough, 2014)



Risco acrescido de inadequada avaliação e controlo da dor, estando assim a sua gestão em

RISCO (Dotan, 2011; Herr & McCaffery, 2011)

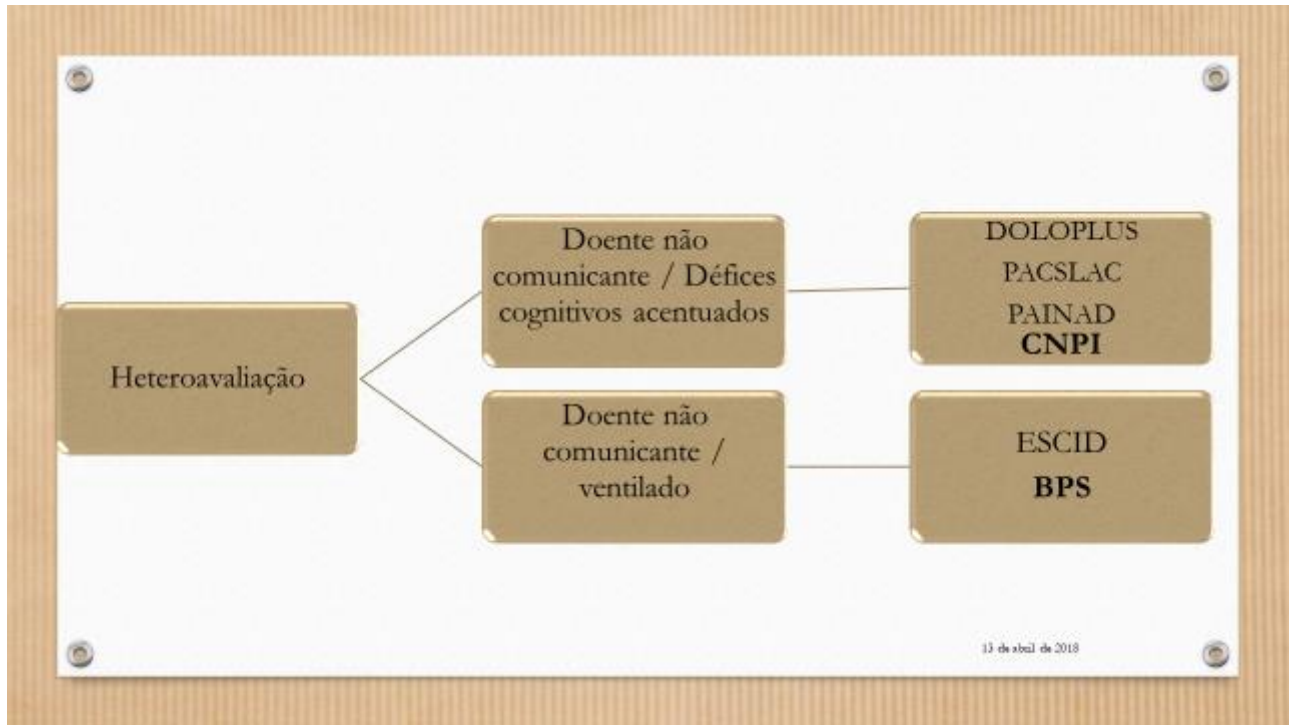
(Urden, Stacy, & Lough, 2014)

13 de abril de 2018

HETEROAVALIAÇÃO

Utilizadas escalas de observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, efectuada por outra pessoa que não a que experiencia a dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008)

13 de abril de 2018



Behavior	Item	Frequency	Image
Expressions facial	Wink	1	
	Parcels closed in abnormal flexion	2	
	Complete or partial eye closure	2	
	Grimace or squint	4	
Stimulus and response system non-verbal, reflexive, conscious, reflecting a sensory	Spontaneous flexion	1	
	Shake fingers and flexion of digits	3	
	Wrinkle, resistance on contact	4	
Attempts to soothe	Shake or venting	1	
	Shake non-vent or venting in more parts of the body	2	
	Shake vent or venting in more parts of the body	4	

FIGURE 1 - Versão Portuguesa da escala BPS-CT

Checklist of Nonverbal Pain Indicators

(Write a 0 if the behavior was not observed, and a 1 if the behavior occurred even briefly during activity or rest.)

	With Movement	Rest
1. Vocal complaints: Non-verbal (Expression of pain, not in words, moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)		
2. Facial Grimaces/Winces (Furrowed brows, narrowed eyes, tightened lips, jaw drop, clenched teeth, distorted expressions).		
3. Bracing (Clutching or holding onto side rails, bed, tray table, or affected area during movement)		
4. Restlessness (Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still)		
5. Rubbing (Massaging affected area)		
<i>(In addition, record Verbal complaints.)</i>		
6. Vocal complaints: Verbal (Words expressing discomfort or pain, "ouch," "that hurts"; cursing during movement, or exclamations of protest (e.g., stop; that's enough))		
Subtotal Scores		
Total Score		

13 de abril de 2018



A reter

- A dor deve ser:
 - Avaliada e monitorizada em todos os doentes
 - Avaliada e monitorizada **uma vez** por turno, **no início do turno e/ou antes do início** de um procedimento doloroso
 - Avaliada e monitorizada **durante** o procedimento doloroso
 - Avaliada e monitorizada **15 min. após** o procedimento doloroso
 - Reavaliada **30 min. após** intervenção farmacológica, não-farmacológica ou medida de conforto

(Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2012)

13 de abril de 2018



A reter

- Após a avaliação, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos sinais vitais
- Deve-se privilegiar a auto-avaliação, no doente consciente e com funções cognitivas mantidas
- Deve ser usado preferencialmente o mesmo instrumento de avaliação para o mesmo doente (exceto se a situação clínica se modificar)
- Ao efetuar o registo deve haver referência à escala utilizada

(SPCI, 2012)

13 de abril de 2018

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Sendo a dor equiparada a um sinal vital temos de a avaliar, vigiar, registar e atuar em conformidade
- “a **avaliação e registo** da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que **ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais**, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”

(Direção-Geral da Saúde, 2003, p. 1)

13 de abril de 2018

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-Bolinha, 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*, 1–17. Retrieved from <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalios-pdf/singles/controlo-da-dor-no-doente-inconsciente-revisao-sistemica-da-literatura.pdf>
- Associação Internacional para o Estudo da Dor (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle: IASP.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., ... 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.
- Direção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de Luta contra a dor Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, 1–4. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor, Circular Normativa: No11/DSCS/DFCD. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: DGS.
- International Association for the Study of Pain. (1994). IASP Taxonomy. Retrieved September 21, 2017, from <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Joffe, A. M., Hallman, M., Gélinas, C., Herr, D. L., & Puntillo, K. (2013). Evaluation and Treatment of Pain in Critically Ill Adults. *Critical Care Medicine*, 34(2), 189–200.
- Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor Lisboa: DGS.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2nd ed.). Toronto: Jones & Bartlett Learning.

13 de abril de 2018

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Heu, K., & Mccaffery, M. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230–250. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>
- Li, D., Puntillo, K., & Miaszkowski, C. (2008). A Review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *Journal of Pain*, 9(1), 2–10.
- Ministry of Health - Region of Madrid. (2017). Humanisation in intensive care units. Acedido em janeiro 2018. Disponível em http://asmanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2016/12/ICU-Humanisation-Plan_EN.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor Guia Orientador de Boa Prática Cadernos OE (I No. 1). Lisboa: Ordem dos enfermeiros
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012). Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor. Lisboa: SPCI.
- Rahn, M., Gasp, M., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elewick, R. (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 514–524.
- Regulamento no 124/2011 de 18 de fevereiro. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoas em Situação Crítica. Diário da República, 2a série - N.º 35 - 18 de fevereiro de 2011 (2011).
- Urdea, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management* (7th ed.). Missouri: Elsevier.

13 de abril de 2018

Gestão da dor na pessoa em situação crítica



Paula Niza

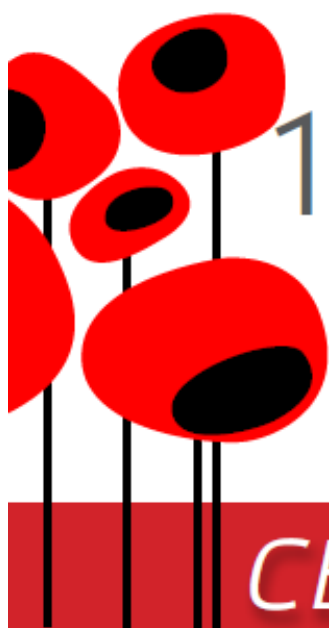
Orientadora: Professora Doutora Carla Nascimento

Tutor: Enfermeiro J M

13 de abril de
2018

Grata pela vossa atenção

Apêndice VI – 25ª Jornadas da Dor
do Hospital Garcia de Orta



16^o CONVÉNIO
ASTOR

COM O PATROCÍNIO CIENTÍFICO



ORDEM DOS
MÉDICOS

25^{as} JORNADAS
DOR



HOSPITAL
GARCIA
DE ORTA

**CENTRO
MULTI
DISCIPLINAR
DE DOR**

CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo (a) Sr.(a)

PAULA CRISTINA PINTO SIMAS NIZA

*participou no 16^o Convénio da Astor,
25^{as} Jornadas do Centro Multidisciplinar de Dor
do Hospital Garcia de Orta, realizadas no dia
26 de Janeiro de 2018,
na Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade de Lisboa.*

Lisboa, 26 de Janeiro de 2018

A Organização

Dr. Manuel Pedro Ribeiro da Silva

FACULDADE
DE MEDICINA DENTÁRIA

26|JAN|18

LISBOA

