



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica**

**João Miguel Cunha Joaquim**

---

**Lisboa  
2020**





**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica**  
Relatório de Estágio

**Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica**

**João Miguel Cunha Joaquim**



Orientador: Professora Maria Teresa Sarreira Leal  
Coorientador: Professora Joana Moreira Ferreira Teixeira



**Lisboa  
2020**



*Os bons vi sempre passar  
No mundo graves tormentos;  
E para mais me espantar  
Os maus vi sempre a nadar  
Em mar de contentamentos.*

**Luís de Camões**



## **AGRADECIMENTOS**

O meu sincero agradecimento...

À minha família, em especial à minha esposa Sofia e aos meus filhos Miguel e Maria, pelo apoio incondicional, compreensão e paciência,

Aos meus colegas do 9º curso de mestrado pela partilha de experiências, dos bons momentos, e de suporte nos momentos académicos mais difíceis,

Às minhas professoras orientadoras, Professora Maria Teresa Sarreira Leal e Professora Joana Moreira Ferreira Teixeira, pela disponibilidade, rigor, exigência e por terem acreditado neste trabalho,

Aos enfermeiros orientadores de estágio, pelo apoio, disponibilidade e partilha de conhecimentos.



## **LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS**

APA - American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco operatório

BPS – Behavior Pain Scale

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DGS - Direcção-Geral da Saúde

EAM c/ SST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST

EC – Ensino Clínico

EF – Escala das Faces de Wong-Baker

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVN – Escala Visual Numérica

IASP - International Association for the Study of Pain

ICN – International Council of Nurses

ICP – Intervenção Coronária Percutânea

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NAS – Nursing Activities Score

OE – Ordem dos Enfermeiros

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia Scale

PCA – Patient-Controlled Analgesia

PCEA – Patient-Controlled Epidural Analgesia

PNAD – Plano Nacional de Avaliação da Dor

PSC – Pessoa em situação crítica

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UQ – Unidade de Queimados

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

## RESUMO

A dor constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral, sendo comum na pessoa em situação crítica em repouso e durante procedimentos. A dor não controlada nos doentes irá resultar na deterioração das funções respiratórias e cardíacas, aumentar a morbidade e a mortalidade, prolongar o período de recuperação e aumentar os custos com a assistência médica. É considerada um dos focos de atuação do enfermeiro, sendo o seu controlo um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

A gestão da dor implica a deteção, avaliação, monitorização e controlo, bem como a educação da pessoa e da família e o registo das intervenções realizadas, sendo que, a chave para a gestão da dor é avaliar, intervir e reavaliar após cada intervenção implementada. A avaliação da dor fundamenta e serve de suporte às intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo, sendo que este controlo/gestão é considerado um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, no que concerne à satisfação do doente, prevenção de complicações e ao bem-estar e auto-cuidado do doente. Um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental, devendo incluir a participação da pessoa em situação crítica que sente dor e família, enquanto parceiros de cuidados, tendo por base a teoria de enfermagem *Technological Competency as Caring in Nursing* de Rozzano Locsin.

O desenvolvimento deste tema surge enquanto estratégia para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da PSC, dando resposta às competências preconizadas pelos descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de estudos e também às competências propostas pela ESEL, referentes ao mestrado, de forma a adquirir o grau académico de mestre e título profissional de especialista, tendo em conta as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na área da PSC. O processo de desenvolvimento de competências teve como base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner para a prática de enfermagem, que enfatiza a importância da experiência e do domínio das competências, numa perspetiva evolutiva, visando o desenvolvimento e otimização da prática de prestação de cuidados.

Com o objetivo de desenvolver competências na gestão da dor na pessoa em situação crítica, o percurso de desenvolvimento de competências que aqui se documenta decorreu por intermédio dos estágios realizados nos contextos de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, este último numa unidade de queimados. São apresentadas as principais atividades realizadas e os resultados obtidos nos contextos, com recurso à prática reflexiva para o desenvolvimento competências. Para além das competências inerentes à gestão da dor, foram ainda desenvolvidas competências na antecipação de situações de instabilidade e soluções para as questões complexas, optimização de competências no âmbito da comunicação com o doente e sua família, bem como ferramentas e estratégias de gestão na área da saúde.

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

## **ABSTRACT**

Pain is the main reason for seeking health care by the general population, being common in critically ill patients at rest and during procedures. Uncontrolled pain in patients will result in deterioration of respiratory and cardiac functions, increase morbidity and mortality, prolong the recovery period and increase health care costs. It is considered one of the nurses' focus of activity, and its control is a right of people and a duty of health professionals.

Pain management implies the detection, evaluation, monitoring and control, as well as the education of the person and the family and the documentation of the interventions performed. The key to pain management is to assess, intervene and reassess after each intervention implemented. Pain assessment underlies and supports the interventions of health professionals in their control, and this control / management is an indicator of nursing care quality, with regard to patient satisfaction, prevention of complications, well-being and self-care. A team commitment in addressing pain is essential, and it must include the participation of the person in a critical situation who feels pain and family, as care partners, based on the theory of nursing Technological Competency as Caring in Nursing by Rozzano Locsin.

The pain control was central point for the development of specialized nursing skills in critically ill patients. This was done responding to the competencies advocated by Dublin descriptors for the 2nd cycle of studies and those proposed by ESEL. Aiming to acquire also the professional title of specialist, the common and specific skills produced by Ordem dos Enfermeiros to the specialist nurse in critically ill patients nursing. The process of skills development was based on the Dreyfus model of skills acquisition, adapted by Benner for nursing practice, which emphasizes the importance of experience and mastery of skills, in an evolutionary perspective, aiming at the development and optimization of practice care delivery.

In order to develop skills in critically ill patients' pain management, the pathway of skills development documented here took place through the internships carried out in the contexts of emergency and intensive care unit, the latter in a burn unit. The main activities carried out and the results obtained in the contexts are presented, using reflective practice in skills development. In addition to the skills

inherent in pain management, skills were also developed in anticipating hypotheses of instability and solving of complex issues, optimizing competencies in the communication process with the patient and his family, as well as other management tools and strategy in healthcare.

**Keywords:** critically ill patients, pain management, nursing care.

# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>18</b>
<b>1. Gestão da dor na pessoa em situação crítica.....</b>	<b>22</b>
1.1. Dor na pessoa em situação crítica .....	22
1.2. Referencial teórico de Enfermagem de Rozzano Locsin e gestão da dor na pessoa em situação crítica.....	24
1.3. Intervenção especializada de enfermagem na pessoa em situação crítica com dor .....	29
<b>2. Percurso de desenvolvimento de competências.....</b>	<b>34</b>
2.1. Serviço de Urgência.....	34
2.2. Unidade de Queimados.....	43
<b>Conclusão .....</b>	<b>53</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>57</b>

## Apêndices

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II – Cronograma do 3º semestre

Apêndice III – Formação de Avaliação da Dor: Plano de sessão

Apêndice IV – Formação de Avaliação da Dor: Apresentação

Apêndice V – Formação de Avaliação da Dor: Questionário de Avaliação

## Anexos

Anexo I – Escala Visual Numérica

Anexo II – Escala das Faces de Wong-Baker

Anexo III – Behavior Pain Scale (BPS)

Anexo IV – Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

Anexo V – Certificado do Curso ATLS/ATCN

Anexo VI – Avaliação Superfície Corporal Queimada: Regra dos nove

Anexo VII – Método de Lund and Bronder



## Introdução

Este documento constitui-se como elemento facilitador da análise do meu percurso, no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 3º semestre do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A implementação deste projeto constitui uma estratégia para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da PSC, dando resposta às competências preconizadas pelos descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de estudos e também às competências propostas pela ESEL, referentes ao mestrado, de forma a adquirir o grau académico de mestre (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2019). Pretendo ainda adquirir o título profissional de especialista, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, tendo em conta as competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O processo de desenvolvimento de competências teve como base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner para a prática de enfermagem, que enfatiza a importância da experiência para o domínio das competências, numa perspetiva evolutiva, visando o desenvolvimento e otimização da prática de prestação de cuidados (Benner, 2001).

O modelo de Dreyfus estabelece que, na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência, desde o nível de iniciado ao nível de perito (Benner, 2001). Considero que este modelo serviu de suporte ao meu crescimento pessoal e profissional, numa perspetiva de desenvolvimento de competências centrais a uma prática de enfermagem avançada, compatível com o perfil de mestre e enfermeiro especialista em enfermagem.

De forma a conduzir o processo de aquisição de competências e direcionar os cuidados de enfermagem, mediante uma escolha ponderada e fundamentada, escolhi o tema: **gestão da dor na pessoa em situação crítica**.

Esta é para mim uma área pela qual nutro especial interesse, e ao longo do meu percurso profissional tenho procurado desenvolver competências que melhorem o modo como posso cuidar dos doentes com dor não controlada. No âmbito profissional, e mais especificamente no cuidado à pessoa em situação crítica, tenho verificado que a dor não controlada é comum (Barr et al., 2013; European Society for Emergency Medicine, 2019; Naser, Sinwan, & Bee, 2005; Papathanassoglou et al., 2018) e pretendo incluir a gestão da dor nos cuidados prestados, implementando as práticas recomendadas pelas entidades competentes na área.

Além da motivação pessoal, a dor constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral (European Society for Emergency Medicine, 2019; Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2008). A dor é comum na pessoa em situação crítica em repouso e durante procedimentos, incluindo atividades regulares (por exemplo, posicionamentos) e procedimentos invasivos e minimamente invasivos (por exemplo, inserção de catéter arterial). A dor não controlada nos doentes irá resultar na deterioração das funções respiratória e cardíaca, aumentar a morbidade e a mortalidade, prolongar o período de recuperação e aumentar os custos com a assistência médica. Pode ainda conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso, podendo transformá-lo em dor crónica (Sutari, Abdalrahim, & Hamdan-Mansour, 2014; Devlin et al., 2018).

Estudos internacionais demonstram que 50 a 65% dos doentes internados sentiram dor e, destes, cerca de 15% referiram dor de intensidade moderada a severa durante mais de metade do tempo de internamento hospitalar, persistindo uma tendência para a subvalorização da intensidade da dor dos doentes críticos (Ayasrah, 2016; Desbiens et al., 1996; Kahsay & Pitkäjärvi, 2019; Walder & Tramèr, 2004). Como fatores influentes para esta subvalorização, surgem a dificuldade de comunicação frequentemente associada ao doente crítico, bem como a falta de conhecimento e incorreta aplicação dos instrumentos de avaliação da dor. Embora as recomendações de sociedades científicas apontem para a sua importância, a adequada avaliação da dor nas unidades de cuidados intensivos (UCI) não é consensual e a aplicação de instrumentos validados não é universal (Devonshire & Nicholas, 2018; Pardo, Munoz, & Chamorro, 2006; Shaikh et al., 2018; Vincent, Abraham, Moore, Kochanek, & Fink, 2017).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), no âmbito do plano nacional de avaliação da dor (PNAD), verificou que 8% das UCI portuguesas não avaliavam a dor do doente crítico nem a resposta à terapêutica analgésica e que apenas 25% utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequados à pessoa em situação crítica (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012).

A dor é considerada um dos focos de atuação do enfermeiro, sendo o seu controlo um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. As boas práticas instituem a dor como 5.º sinal vital, pelo que a sua presença e intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (Direção-Geral da Saúde, 2003; International Council of Nurses, 2015; Kopf & Patel, 2010; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2008). O interesse da comunidade científica por esta área é crescente, permitindo avanços na sua prevenção e tratamento, que colocam novos desafios à prática de cuidados (Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2008; Valente et al., 2019).

A gestão da dor implica a sua deteção, avaliação, monitorização, controlo, bem como a educação da pessoa e família e o registo das intervenções realizadas (Yüceer, 2011). A avaliação da dor fundamenta e serve de suporte às intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo, sendo que este controlo/gestão é considerado um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, no que concerne à satisfação do cliente, prevenção de complicações e ao bem-estar e autocuidado do doente (Cavalheiro, Ferreira, & Souza, 2019; Join Commission Internacional, 2016; Oliveira, Pereira, & Santos 2016; Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Como referencial teórico de enfermagem que serviu de base à prestação de cuidados, selecionei a teoria de Rozzano Locsin – *Technological competency as caring in nursing* (Locsin, 2005). Representa um quadro teórico, em que a competência tecnológica suporta a *praxis* de enfermagem numa manifestação de cuidado intencional perante a utilização contínua da tecnologia no conhecimento integral do outro enquanto pessoa, momento a momento (Locsin, 2005). Inerente ao cuidar, a presença do enfermeiro junto ao doente 24 horas por dia, a par da utilização dos meios tecnológicos, permite identificar evidências fisiológicas e emocionais, sinais de instabilidade hemodinâmica, bem como gerir medidas

farmacológicas e aplicar medidas não farmacológicas, garantindo a monitorização da dor pela avaliação dos resultados das intervenções aplicadas. Com isso, melhora o bem-estar e a qualidade de vida do doente (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018; Locsin, 2005; Issa, Awaje, & Khraisat, 2017; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa em situação crítica que sente dor, do cuidador principal e família, enquanto parceiros de cuidados (Gordon, Watt-Watson, & Hogans, 2018; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2008).

No contexto deste relatório, a família foi definida como um grupo de seres humanos, vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, indo para além da sua relação sanguínea de parentesco, relação emocional ou legal, e incluindo pessoas importantes para o utente (Figueiredo, 2012; International Council of Nurses, 2015).

A PSC é aquela que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ponce & Mendes, 2015).

Com este trabalho pretendo demonstrar o percurso desenvolvido ao longo do mestrado, tendo como objetivos gerais:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e sua família no contexto de urgência e cuidados intensivos;
- Desenvolver competências especializadas na gestão da dor na PSC.

Este trabalho obedece às normas de elaboração de trabalhos da ESEL e é composto pela presente introdução, a revisão da literatura científica e teoria de enfermagem referente à gestão da dor na pessoa em situação crítica, o percurso de desenvolvimento de competências, conclusão e referências bibliográficas conforme a norma da *American Psychological Association*, 6ª edição (APA) (American Psychological Association, 2010).

## 1. Gestão da dor na pessoa em situação crítica

Neste capítulo é realizado o enquadramento da temática em estudo que visa o desenvolvimento de competências do enfermeiro especializado em enfermagem à PSC. Numa primeira parte é mobilizada evidência científica sobre a gestão da dor na PSC, na segunda é abordado o referencial teórico de suporte à prática clínica, a teoria de Rozzano Locsin – *Technological competency as caring in nursing* (Locsin, 2005) e na terceira parte a intervenção especializada de enfermagem na pessoa em situação crítica com dor. A pesquisa bibliográfica, envolvendo documentos nacionais e internacionais, foi sistematizada e enriquecida mediante a elaboração de uma RIL, que visou responder à pergunta: Qual é a intervenção do enfermeiro na gestão da dor na pessoa em situação crítica? e cujo protocolo é apresentado em apêndice (Apêndice I).

### 1.1. Dor na pessoa em situação crítica

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Kopf & Patel, 2010).

A par da evolução científica, alguns autores defendem a necessidade da atualização e/ou redefinição deste conceito de dor. Enquanto alguns consideram que esta definição atribuí demasiada ênfase à subjetividade da dor e ao facto de ser consequência de uma lesão tecidual, e propõem uma redefinição do conceito de dor (Cohen, Quintner, & Rysewyk, 2018), outros consideram a definição da IASP ainda atual, não necessitando, portanto, de uma atualização do conteúdo, mas sim, de uma clarificação dos seus conceitos, facilitando a sua interpretação (Aydede, 2019).

Do ponto de vista fisiopatológico, a sensação de dor surge após ter sido ativado o sistema nociceptivo e todos os processos que o compõem. A ativação deste sistema inicia-se na presença de um estímulo nódico que desencadeia a ativação das fibras nociceptivas. De forma sucessiva desencadeiam-se então quatro processos sequenciais: **transdução** – o estímulo nódico traduz-se em atividade elétrica nas terminações nervosas; **transmissão** – propagação dos impulsos através do sistema nervoso; **percepção** – a mensagem da dor é transmitida pelas vias espinotalâmicas aos centros encefálicos onde é percebida; **modulação** – libertação

pelo SNC de opiáceos endógenos que inibem a transmissão da sensação de dor na medula espinhal e produzem analgesia (Urden, Stacy, & Lough, 2014; Vincent et al., 2017).

Tendo em conta o critério tempo, podemos distinguir dois tipos de dor – a dor aguda e a dor crónica. A **dor aguda** tem uma função biológica inicial de alerta e caracteriza-se pela combinação de lesão tecidual, dor, ansiedade e medo; é geralmente acompanhada por fenómenos de disfunção autonómica, sendo considerada uma dor previsível, de duração inferior a três meses, que desaparece quando tratada, podendo estar associada a respostas do sistema nervoso autónomo. Surge associada normalmente a distúrbios agudos, nomeadamente, a traumatismos ou inflamação dos tecidos causados por cirurgia, queimaduras, fraturas, procedimentos de diagnóstico e terapêutica, podendo estar igualmente presente em exacerbações de doenças crónicas como as oncológicas e reumatológicas, entre outras. A **dor crónica** é uma entidade clínica de longa duração (três ou mais meses) sem função biológica. Não é sintoma de doença ou lesão, mas uma verdadeira doença que gera debilidade e causa depressão profunda. Este tipo de dor caracteriza-se por estados de hiperexcitabilidade persistentes que permanecem independentemente do desaparecimento da lesão. O sistema nervoso revela-se incapaz de restabelecer a atividade neuronal para níveis homeostáticos normais (Urden et al., 2014; Vincent et al., 2017).

Como foi referido, a dor aguda é comum no doente crítico adulto. A dor não controlada pode contribuir para a instabilidade hemodinâmica, hipercatabolismo, hiperglicémia, infeções, delirium e stress pós-traumático, aumentando a morbilidade e a mortalidade, prolongando o período de recuperação e aumentando os custos com os cuidados de saúde. Pode ainda conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso, podendo transformar a dor aguda em dor crónica (Sutari et al., 2014; Devlin et al., 2018; Papathanassoglou et al., 2018).

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direção-Geral da Saúde (2003) instituiu a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática, a necessidade de que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (Devlin et al., 2018;

Direção-Geral da Saúde, 2003; European Society for Emergency Medicine, 2019; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2008).

De acordo com uma proposta da IASP, o alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais. O controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde de qualidade (Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2008; Kopf & Patel, 2010).

A dor é considerada pelo International Council of Nurses (ICN) (2015), como um dos focos de atuação do enfermeiro, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento, que compromete a percepção e aumenta a sensação de desconforto no indivíduo. Embora o controlo da dor seja da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, a gestão da dor assume um papel de relevo na prática de enfermagem (Germossa, Hellesø, & Sjetne, 2019).

## **1.2. Referencial teórico de Enfermagem de Rozzano Locsin e gestão da dor na pessoa em situação crítica**

Numa altura em que a modernização dos equipamentos tecnológicos nas UCI, bem como a evolução das disciplinas relacionadas com a saúde (enfermagem, medicina, etc.) permitem dar resposta a situações clínicas cada vez mais graves e complexas, é importante que o enfermeiro que presta cuidados à PSC adquira competências que lhe permitem estabelecer intervenções de enfermagem de qualidade, visando o bem-estar e a qualidade de vida do doente e sua família (Locsin, 1998, 2001, 2005; Locsin & Barnard, 2007; Locsin & Purnell, 2009).

Enquanto referencial teórico de suporte à prática clínica, escolhi a teoria *Technological Competency as Caring in Nursing* (Locsin, 2005).

Segundo Locsin, a enfermagem pretende e deseja usar formas criativas, imaginativas e inovadoras de afirmar, apreciar e celebrar o ser humano como um todo. Muitas vezes, a melhor maneira de concretizar essas intenções, é através do uso talentoso e competente das tecnologias de enfermagem (Locsin, 1998).

Muitas vezes entendida como a prática do uso de tecnologias mecânicas na enfermagem (Locsin, 1995), a competência tecnológica, enquanto cuidar em enfermagem, é a prática de conhecer as pessoas como um todo (Locsin, 2001), frequentemente com o uso de tecnologias variadas, sendo elas constituídas por

instrumentos, equipamentos, técnicas ou a própria atividade humana (Heidegger, 1977; Locsin, 1995).

Enquanto enfermeiro, desenvolver e/ou otimizar a minha competência tecnológica, recorrendo aos meios disponíveis nos serviços de urgência (SU) e UCI, é certamente uma mais-valia para o doente. Utilizar estes meios para minimizar as agressões externas inerentes ao cuidar, funciona como elemento facilitador na gestão da dor, que muitas vezes já é complexa pela etiologia que lhe é inerente (traumatismo, cirurgia, entre outros). São exemplos práticos, a utilização das camas elétricas, que permitem atividades tão básicas como pesar o doente sem o mobilizar desnecessariamente (procedimento que no doente crítico é frequentemente doloroso), a utilização de mecanismos de monitorização que permitem detetar e antecipar momentos de instabilidade hemodinâmica associados à dor, bem como equipamentos que permitem o controlo da dor, tais como a *patient-controlled analgesia* (PCA), ou analgesia controlada pelo doente, e a *patient-controlled epidural analgesia* (PCEA), tendo esta ainda a vantagem de fazer com que o doente tenha um papel ativo no controlo da sua dor. Por outro lado, assistimos cada vez mais à utilização de dispositivos eletrónicos e/ou mecânicos que visam substituir ou otimizar as funções anatómicas e fisiológicas do organismo. São exemplos práticos as válvulas cardíacas mecânicas, pacemakers, próteses, entre outros.

Frequentemente, a utilização da tecnologia em enfermagem é interpretada como antagonista do cuidar. No entanto, Locsin demonstra que ser tecnologicamente competente também é uma forma de cuidar. A aplicação deste modelo na prática pressupõe as seguintes suposições:

- As pessoas são um todo ou completas no momento (Schoenhofer & Boykin, 2001);
- Conhecer as pessoas é um processo de enfermagem que permite a sua apreciação contínua a cada momento (Locsin, 2005);
- A enfermagem é uma disciplina e uma prática profissional (Schoenhofer & Boykin, 2001);
- A tecnologia é usada para conhecer as pessoas a cada momento (Locsin, 2005).

Tão imprevisíveis e dinâmicos, os seres humanos mudam a cada momento. O propósito de conhecer a pessoa é derivado da intenção do enfermeiro em cuidar, sendo um processo contínuo e dinâmico. O enfermeiro só pode conhecer

plenamente o doente no momento. Esse saber ocorre somente quando o doente permite que o enfermeiro entre no seu mundo (Locsin, 2005).

Segundo Locsin, conhecer o doente impede a sua objetificação, inibindo assim o processo que, em última análise, considera os seres humanos como “coisas”. Como tal, os doentes são participantes experientes no cuidar. A essência da enfermagem é direcionar, focalizar, alcançar, sustentar e manter o doente (Locsin, 2005).

O propósito da competência tecnológica em enfermagem é reconhecer que o doente como um todo é um foco da enfermagem e que os meios tecnológicos podem e devem ser usados como elementos facilitadores neste processo. A tecnologia é usada para saber “quem é a pessoa?” e não “o que é a pessoa?” (Locsin, 2005). Conhecer a pessoa, possibilita-me enquanto enfermeiro, centrar os cuidados nessa pessoa, garantindo a sua qualidade.

Os SU e as UCI são serviços altamente tecnológicos que dispõem de equipas multidisciplinares preparadas para dar resposta às situações mais complexas que possam envolver o doente crítico. A percepção que o doente e a sua família têm destes serviços é, em grande parte, influenciada pelas experiências anteriores, vivenciadas ou provenientes de fontes nem sempre verídicas. Se por um lado podemos dizer que a admissão na UCI disponibiliza ao doente todo um conjunto de meios técnicos e humanos que permitem reverter os seus problemas de saúde, por outro lado, a perspetiva pode ser de que o problema é realmente grave e a morte está próxima (Castro, 2016; Castro, Vilelas, & Botelho, 2011).

Quando a realidade é trabalhar com o doente crítico, em que trabalhar “contra o tempo” e sob pressão é uma constante, facilmente privilegiamos a execução de técnicas e procedimentos, em vez daquilo que é importante para o doente e sua família. Adquirir competências e procurar fundamentar as nossas intervenções em teorias de enfermagem reconhecidas, torna-se impreterível, quando o foco são cuidados de saúde de qualidade (Guerra, 2018; Ribeiro, Vieira, Cunha, Dias & Martins, 2016).

Prestar cuidados centrados no doente, implica conhecê-lo. Sendo a dor uma experiência subjetiva, é consensual nos estudos consultados que o autorrelato do doente na avaliação da dor deva ser privilegiado. Também no tratamento da dor, centrar os cuidados no doente e envolvê-lo nos cuidados poderá ser uma mais-valia

na gestão da dor. São exemplos disso, conhecer a posição de conforto do doente e otimizar os posicionamentos, bem como o recurso à tecnologia, utilizando dispositivos (p. ex., PCA) que permitam ao doente maior autonomia no controlo da sua dor (Deldar, Froutan, & Ebadi, 2018; Devlin et al., 2018; Diallo & Kautz, 2014; Rose et al., 2011).

O cuidado centrado na pessoa coloca-a no centro do sistema de saúde. Resulta de um diálogo entre ela e o profissional de saúde. Esta perspetiva do cuidar requer o desenvolvimento de competências profissionais que incluem a valorização das experiências pessoais da pessoa e a capacidade de fornecer informação acerca da doença e sintomas, visando a decisão partilhada das intervenções (Brink & Skott, 2013).

São vários os países que seguindo as recomendações internacionais preparam os seus profissionais e sistemas de saúde para proporcionar cuidados de saúde centrados na pessoa.

*We want a more person-centred healthcare system, where people are supported to make informed decisions about and to successfully manage their own health and care, and choose when to invite others to act on their behalf... We want healthcare services to understand and deliver care responsive to people's individual abilities, preferences, lifestyles and goals* (The Health Foundation, 2014 p.13).

O internamento do doente implica que este e a sua família passem por um processo de transição. Para Meleis (2007), o processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes. No caso do cliente um processo de transição saúde/doença, em que ocorre uma mudança súbita no desempenho de papel resultantes de alteração súbita da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde. No que concerne à família podemos falar numa transição situacional, que está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição do repertório de papéis (Locsin, 2005; Meleis, 2007).

Durante o internamento do doente, a família é confrontada com diversos problemas, não dispondo de recursos para os ultrapassar. A interação entre os profissionais de saúde e a família é considerada um suporte fundamental enquanto elemento facilitador para o bem-estar das pessoas da equipa e dos elementos da família. Tendo em vista a necessidade de obter informações sobre o doente, os familiares descobrem que as respostas encontradas nem sempre correspondem às suas expectativas e procuram junto dos profissionais o acesso a informações detalhadas, concretas e verdadeiras. Além do conteúdo, a maneira como é transmitida a informação concede algum bem-estar. Além das palavras, o tom de voz, a disponibilidade, a iniciativa percebida e encontrada faz a diferença (Mendes, 2016).

Concomitantemente a este processo surge ainda a vulnerabilidade sentida pelo doente e sua família, que segundo Scanlon e Lee (2007), é interpretada como a suscetibilidade a problemas de saúde, danos ou negligência. Está implícito o perigo ou ameaça a uma pessoa que necessita de proteção. Estes autores afirmam ainda, que esta vulnerabilidade pode ser física (diminuição da resistência devido a doença, dor ou traumatismo, podendo ser atual ou potencial), psicológica (perda de autonomia, identidade e a incapacidade de desempenhar os papéis habituais, sendo difícil de prever a sua suscetibilidade, bem como os efeitos sentidos no indivíduo) e/ou social (variáveis demográficas, económicas ou culturais que podem diminuir ou aumentar a incidência de problemas de saúde).

Estabelecer uma cultura centrada no doente requer um compromisso sustentado das práticas desenvolvidas, implementação de uma metodologia de trabalho que envolva feedback contínuo, reflexão e o compromisso de que todos participem. McCormack e McCance (2011), propõem um modelo assente em quatro pilares: os **pré-requisitos** – referentes aos atributos dos enfermeiros (ser profissionalmente competente, ser dotado de habilidades interpessoais, ter compromisso com o trabalho, conhecer-se a si mesmo e demonstrar clareza de crenças e valores); **o ambiente do cuidar** – referente ao contexto em que os cuidados são prestados, incluindo sistemas organizacionais de suporte, partilha de poder, potencial para inovar e correr riscos, e ao ambiente físico; **processos centrados na pessoa** - prestação de cuidados que incluem trabalhar com as crenças e valores dos doentes, compromisso, empatia, tomada de decisão partilhada e satisfação de necessidades físicas; e os **resultados** – são o

componente central da estrutura e incluem a satisfação com o cuidado, envolvimento no cuidado, sensação de bem-estar e desenvolvimento de um ambiente terapêutico.

Os doentes dão valor aos cuidados que tenham em conta a sua situação particular, que desenvolvam uma relação terapêutica eficaz e que permitam a otimização do seu bem-estar e qualidade de vida. Os doentes valorizam ainda a capacidade de o profissional fornecer informações pessoalmente relevantes. Por outro lado, não parecem valorizar um tom comunicativo “amigável e pessoal” preferindo um tom profissional mais neutro (Burton et al., 2017).

Considero que outro aspeto importante e que permite otimizar esta forma de cuidar centrada no doente está relacionado com a partilha de informação pela equipa. Garantir que a informação pessoal do doente relevante para a relação terapêutica é transmitida de forma precisa durante as “passagens de turno”, permitindo assim a prestação contínua de cuidados de qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

### **1.3. Intervenção especializada de enfermagem na pessoa em situação crítica com dor**

A gestão da dor implica a deteção, avaliação, monitorização e controlo através da correção das complicações relacionadas com a mesma, da educação da pessoa e da família e do registo das intervenções realizadas, sendo que a chave para a gestão da dor é avaliar, intervir e reavaliar após cada intervenção implementada (Teixeira, 2016; Yüceer, 2011).

A avaliação da dor fundamenta e serve de suporte às intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo, sendo este último considerado um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, no que concerne à satisfação do cliente, prevenção de complicações e bem-estar e autocuidado do doente (Cavalheiro et al., 2019; Joint Commission Internacional, 2016; Regulamento no 361/2015, 2015). Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Delgado, 2020).

A avaliação da dor pode ser realizada com recurso a escalas de autoavaliação e heteroavaliação, unidimensionais ou multidimensionais. Sendo a dor

uma experiência subjetiva, requer que, na sua avaliação, se valorize a percepção de quem a experienciou, motivo pelo qual se devem privilegiar os instrumentos de autoavaliação (Shaikh et al., 2018; Urden et al., 2014).

A dor é uma experiência subjetiva e o autorrelato do doente deve ser privilegiado na sua avaliação. Sempre que o doente tenha capacidades de comunicação e funções cognitivas preservadas, a avaliação e monitorização da dor deve ser realizada com recurso a escalas de autoavaliação como a Escala Visual Numérica (EVN) (Anexo I) e Escala das Faces de Wong-Baker (EF) (Anexo II). Quando falamos de doentes que apresentam incapacidade de comunicação e/ou alterações cognitivas, o recurso a escalas de heteroavaliação, validadas e confiáveis, como a Behavior Pain Scale (BPS) (Anexo III) e a Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) (Anexo IV), representam uma mais-valia na eficácia da avaliação da dor e conseqüentemente uma melhoria da qualidade dos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2003; Makic, 2013).

Ainda relativamente à avaliação da dor (European Society for Emergency Medicine, 2019; Hylén et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem; Pinho et al., 2012), deve realizar-se:

- em todos os turnos e sempre que se justifique;
- no início do turno ou antes de iniciar um procedimento doloroso (5-10 minutos);
- durante a aplicação de um procedimento doloroso;
- imediatamente após um procedimento doloroso;
- 15 minutos após o procedimento doloroso;
- 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica;
- 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto;
- após a avaliação da dor, deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais.

Enquanto enfermeiros dispomos de um conjunto de intervenções autónomas que permitem, quando realizadas, uma maior autonomia na gestão da dor do doente crítico, não ficando reféns da prescrição de outros profissionais de saúde. A identificação precoce de um procedimento que poderá ser doloroso, bem como a avaliação fundamentada da dor no doente, recorrendo a instrumentos validados, não serve só de suporte à decisão dos cuidados prestados pelos enfermeiros, mas

também às intervenções de outros profissionais (p. ex., prescrição de analgésicos) (Deldar et al., 2018; Devlin et al., 2018; European Society for Emergency Medicine, 2019; Jablonski et al., 2017; Issa et al., 2017; Rose et al., 2011).

Inerente ao cuidar, a presença do enfermeiro junto ao doente 24 horas por dia, a par da utilização dos meios tecnológicos que permitem conhecer o doente, identificando evidências fisiológicas e emocionais, sinais de instabilidade hemodinâmica, que possibilitam a gestão antecipatória de medidas farmacológicas e não farmacológicas, garantindo o bem-estar e qualidade de vida do doente (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018; Locsin, 2005; Issa et al., 2017; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A vigilância é uma intervenção de enfermagem identificada como uma estratégia importante na identificação de erros, prevenção de eventos adversos, mantendo o doente num ambiente seguro e prevenindo e deterioração da sua saúde. Podemos, então, definir vigilância como a aquisição, interpretação e síntese intencional e contínua dos dados do doente para tomada de decisão clínica. Inclui ações de enfermagem de deteção, medição, análise crítica e monitorização do status individual do doente em relação a uma determinada condição ou fenómeno (Henneman, Gawlinski, & Giuliano, 2012; Kelly & Vincent, 2011; Schoneman, 2002).

Surge ainda o papel da intuição do enfermeiro, por intermédio do pensamento intuitivo, que contribui para resultados precisos e de qualidade. Podemos definir intuição como a capacidade de experimentar partes de uma situação clínica como um todo, resolver um problema ou tomar uma decisão com informações concretas limitadas (Schraeder & Fischer, 1986). A intuição orienta o enfermeiro no processo de enfermagem; as suas características pessoais, conhecimento e experiência profissional determinam a capacidade de desenvolvimento de habilidades intuitivas (Hassani, Abdi, & Jalali, 2016; Melin-Johansson, Palmqvist, & Ronnberg, 2017). O conhecimento intuitivo e o pensamento racional não se antagonizam, antes se associam para melhorar a tomada de decisão profissional (Benner & Tanner, 1987).

Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (International Council of Nurses, 2015). Enquanto enfermeiros no desempenho da prática profissional, temos competências que nos permitem avaliar, monitorizar e registar a dor dos doentes a quem prestamos cuidados, estando presentes desde o pré-hospitalar até à alta do doente. Em determinadas situações

existem protocolos de atuação que devemos operacionalizar, administrando terapêutica analgésica ao doente com dor (Infinger & Studnek, 2014).

A gestão da dor na PSC é um desafio. Se por um lado o tratamento farmacológico está associado a efeitos colaterais marcantes, por outro lado a ansiedade, medo e expectativas negativas são comuns nestes doentes e podem contribuir para uma maior percepção da dor. Assim, a natureza multifatorial da dor na pessoa internada na UCI exige uma abordagem às respostas fisiológicas e psicossociais à dor. As diretrizes atuais destacam a necessidade de testar e implementar estratégias não farmacológicas para o tratamento da dor na PSC (Papathanassoglou et al., 2018).

A dor continua a ser um problema na pessoa em situação crítica, sendo a sedação e analgesia essenciais aos cuidados nestes doentes. No entanto, o uso de estratégias não farmacológicas e o envolvimento da família devem ser incentivados. Várias intervenções não-farmacológicas distintas, usadas isoladamente ou combinadas com terapêuticas farmacológicas, integram a abordagem multimodal para a gestão da dor. A utilização destas intervenções aumenta a capacidade do doente controlar a dor, reduz a sensação do estímulo doloroso, reduz a ansiedade e o stress e permite diminuir a dosagem de fármacos analgésicos minimizando os seus efeitos secundários (Geziry, Toble, & Kadhi, 2018). No entanto, pelo facto de algumas dessas técnicas exigirem treino ou prática da parte do doente para garantir a sua eficácia, são mais úteis durante o internamento do que durante o tratamento inicial da dor aguda (Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018; European Society for Emergency Medicine, 2019).

As intervenções não-farmacológicas podem ser classificadas em: a) cognitivo-comportamentais (terapia cognitiva/comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades de *coping*, relaxamento com imaginação, distração), b) físicas (aplicação de frio/calor, exercício, imobilização, massagem, estimulação elétrica transcutânea), c) suporte emocional (toque terapêutico, conforto) (Geziry et al., 2018; Holdcroft & Power, 2003; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2008). Merecem ainda referência outras medidas contempladas na adaptação do ambiente (luz, ruído, temperatura) (Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018).

Para que os enfermeiros consigam uma gestão efetiva da dor, precisam conhecer os mecanismos fisiológicos, como a avaliar e os comportamentos dos doentes com dor, bem como as terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas

utilizadas eficazmente na gestão da dor. A ausência de formação e o desconhecimento das normas e diretrizes recomendadas pelas sociedades profissionais e de regulamentação na área da saúde, podem funcionar como barreira à gestão eficaz da dor (Deldar et al., 2018; Haslam et al., 2012; Kahsay & Pitkälä, 2019; Kizza & Muliira, 2015; Lewis, Corley, & Lake, 2015; Rose et al., 2011; Wang & Tsai, 2010).

De acordo com a OE (Regulamento n.º 429/2018, 2018), são competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica:

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas;
- Responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Tendo o enfermeiro um papel de relevo na gestão da dor do doente crítico, deve ser incentivado o seu envolvimento nos grupos de trabalho acerca da temática que visem, não só a divulgação das normas e diretrizes recomendadas pelas sociedades profissionais e de regulamentação na área da saúde, mas também a sua implementação nas organizações e mais especificamente nos serviços (Deldar et al., 2018; European Society for Emergency Medicine, 2019).

O cuidar é cada vez mais complexo e exige dos enfermeiros mecanismos de pensamento eficientes. Evoluir na direção de um pensamento avançado, que tem como princípio que um sistema vivo deve, ao mesmo tempo, ser abordado de forma global sem ignorar os elementos que o compõem e, sobretudo, sem negligenciar as múltiplas interações que se produzem constantemente entre esses vários elementos. Esta abordagem permite ao enfermeiro delinear intervenções eficazes e eficientes, centradas no doente e sua família, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados prestados (Silva, 2007; Hesbeen, 2000).

## **2. Percurso de desenvolvimento de competências**

Na sequência das idas a ensino clínico e após os dados obtidos por intermédio das entrevistas realizadas a peritos nos diferentes serviços e áreas relacionadas com a PSC, foram selecionados dois campos de estágio que permitiriam realizar um conjunto de atividades inerentes à concretização dos objetivos definidos, nomeadamente:

- desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e sua família no contexto de urgência e cuidados intensivos;
- desenvolver competências especializadas na gestão da dor na PSC.

O estágio teve a duração de 16 semanas, entre 30 de setembro e 7 de fevereiro, num total de 500 horas (Apêndice II), realizadas em dois contextos distintos: num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) no distrito de Lisboa e numa Unidade de Cuidados Intensivos específica, Unidade de Queimados (UQ), de um hospital central no distrito de Lisboa.

A enfermagem exige uma prática socialmente organizada e uma forma implícita de conhecimento e de ética – como qualquer outra profissão, enfrenta continuamente um desafio para o desenvolvimento ou para o declínio. A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência, para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. A prática é mais do que uma coleção de técnicas. O domínio de um conjunto especializado de aspetos da prática não qualifica necessariamente o profissional para ser reconhecido como um perito (Benner, 2001).

### **2.1. Serviço de Urgência**

O SUMC é o segundo nível de resposta às situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de Serviço de Urgência Básico (SUB) e referenciando para o Serviço de Urgência Polivalente (SUP), doentes com situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referenciação. O SUMC tem ainda uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao

doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Relativamente a este contexto, e como ponto de partida, foram estabelecidos como objetivos:

- desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC e sua família no contexto de serviço de urgência;
- desenvolver competências especializadas do enfermeiro na gestão da dor na PSC e sua família.

Na sequência do contacto com a realidade do contexto de estágio e após discussão dos objetivos gerais com o professor e orientador de estágio, foram definidos os objetivos específicos, bem como as atividades a desenvolver e resultados esperados visando a sua concretização.

A discussão dos objetivos numa fase precoce, com a professora e orientador de estágio, permitiram o seu ajuste ao contexto de estágio, às minhas expectativas e ao cumprimento das metas inerentes ao mestrado em enfermagem na área da PSC. Esta interação inicial com o intuito formativo, fez emergir uma oportunidade para estabelecimento de uma relação pedagógica, que se veio a concretizar, impondo-se como elemento facilitador no processo de desenvolvimento de competências.

No que refere à integração na equipa multidisciplinar, conhecendo a organização e dinâmica de funcionamento do serviço de urgência, a concretização deste objetivo iniciou-se desde logo, no 1º dia de estágio, com uma visita guiada pelo enfermeiro orientador aos vários setores da urgência, bem como a explicação dos vários circuitos do doente no serviço.

O facto de o meu enfermeiro orientador ser um elemento de gestão no serviço (enfermeiro chefe), e como tal, não estar permanentemente na prestação de cuidados, inicialmente gerou alguma apreensão da minha parte, pelo facto de não estar sempre presente na prestação de cuidados. Procurei assim, em cada turno, estar próximo dos enfermeiros peritos de cada equipa, na prestação de cuidados.

Apesar de numa fase inicial terem ganho ênfase algumas desvantagens inerentes a esta rotatividade, o facto de ter estado sob orientação dos vários elementos mais experientes do serviço, permitiu uma integração na equipa multidisciplinar rápida e eficiente, compreendendo a dinâmica do serviço, a metodologia de trabalho e ainda a perspetiva individual de cada profissional

relativamente à prestação de cuidados de qualidade centrados no doente e sua família.

A prestação de cuidados decorreu sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar, ao longo dos turnos da manhã e tarde, e surgiu como elemento facilitador o empenho que todos tiveram no meu acolhimento e integração. O facto de a integração ter decorrido de forma rápida e eficaz, permitiu-me precocemente envolver na prestação de cuidados à PSC, seleccionando e aproveitando os vários momentos para desenvolver e otimizar competências.

Considero ainda como aspeto positivo, a organização do hospital e mais especificamente do serviço de urgência que detém um conjunto de ferramentas informatizadas e disponíveis na intranet, onde é possível consultar as normas e procedimentos implementados, bem como os projetos em curso. Este facto permitiu-me não só a integração no serviço, mas também identificar oportunidades de melhoria, e perceber em que áreas seria mais útil contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Visando o desenvolvimento de competências na área da PSC, procurei ao longo deste estágio conhecer o circuito do doente no serviço de urgência, e como tal houve uma atenção especial com os doentes que entram pela sala de reanimação, intervindo em conjunto com a equipa multidisciplinar, desde a estabilização, no seguimento e até ao tratamento definitivo.

Tendo o serviço de urgência uma “porta aberta” ao exterior, sendo na maior parte das vezes imprevisível a chegada do doente crítico ao serviço, a gestão do tempo e prioridades assume-se como uma competência fundamental, especialmente em situações com vários doentes em simultâneo. Acresce ainda o facto de surgirem um conjunto de doentes com patologias bastante diversas, o que me exigiu mobilizar conhecimentos de SAV (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019) e ATLS/ATCN (American College of Surgeons, 2012; Society of Trauma Nurses, 2013) e com isso desenvolver e otimizar competências na área da PSC. Por outro lado, os meios tecnológicos disponíveis no SU, permitiram desenvolver a minha competência tecnológica, ou seja, recorrer de forma intencional e contínua a esses meios, visando conhecer o doente como um todo em cada momento (Locsin, 2005).

Outro aspeto que considero bastante importante para a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico é a comunicação e o trabalho em equipa.

Como tal tive oportunidade de participar numa ação de formação sobre o tema “Comunicação eficaz no trabalho em equipa – Transição segura de cuidados”, desenvolvida por uma colega do mestrado, e que considero ter contribuído para a aquisição de competências nesta área, onde foram referidos vários aspetos e que reforçaram a importância da comunicação eficaz, dinâmica e treino da equipa, visando um desempenho eficiente na segurança e qualidade dos cuidados.

Também a realização de um jornal de aprendizagem sobre este tema, permitiu a análise de uma situação que reforça a importância da comunicação e atitude dos profissionais, na transição dos cuidados de enfermagem. Competências como a comunicação e a relação de entreajuda entre os vários profissionais contribuem para a prestação de cuidados de qualidade, resultando em ganhos para a instituição e para a satisfação do doente e sua família. A interação entre enfermeiros com diferentes níveis de experiência e competência poderá ser uma oportunidade para estabelecimento de relações pedagógicas entre pares, que potenciem o desenvolvimento profissional individual e coletivo. Esta situação permitiu assim a reflexão acerca das boas práticas nesta área, o que contribuiu para o meu desenvolvimento de competências de comunicação e formação informal de pares e a sua aplicação posterior, na minha prática profissional diária, cumprindo as recomendações das entidades reguladoras na área da saúde em Portugal e garantindo a qualidade dos cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

A realização dos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV), Advanced Trauma Life Support (ATLS) e Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN) em semestres anteriores (Anexo V), permitiu-me neste estágio reconhecer situações de especial complexidade e implementar intervenções especializadas na estabilização e tratamento destes doentes, segundo prioridades (American College of Surgeons, 2012; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019; Society of Trauma Nurses, 2013). São exemplos destas situações, os doentes com critérios para implementação das vias verdes, nomeadamente: Via Verde (VV) acidente vascular cerebral (AVC), VV dor torácica, VV sépsis e VV fratura colo do fémur. Tive oportunidade de participar na prestação de cuidados a doentes em que foram ativadas as diversas vias verdes disponíveis e consequentemente, implementar protocolos terapêuticos complexos. No que se refere à VV dor torácica, quando confirmado o enfarte agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (EAM c/ SST), não se tratando de um hospital com serviço de hemodinâmica, os

doentes eram transferidos para outra unidade com possibilidade de realização de tratamento definitivo – a Intervenção coronária percutânea (ICP). Tive assim oportunidade de participar nos cuidados inerentes à estabilização destes doentes, bem como na preparação para o transporte em segurança. Quando confirmado o diagnóstico médico, é preciso estimar o tempo de distância a que o doente está de um centro de hemodinâmica, sendo que o tempo máximo recomendado são 120 minutos do pré-hospitalar à ICP e 90 minutos do serviço de urgência à ICP (tempo porta-balão). Caso se preveja o não cumprimento destes tempos, o recomendado é realizar fibrinólise num intervalo de tempo de 10 minutos desde o diagnóstico e 30 minutos porta-agulha (American Heart Association, 2016; Ibanez et al., 2018).

Relativamente à VV AVC, o enfermeiro desempenha um papel de relevo no que refere à identificação dos sinais de alerta e recolha de informação relevante (p. ex., hora de início da sintomatologia), no transporte intra-hospitalar para realização de exames que visam confirmar o diagnóstico, nas intervenções inerentes à vigilância e monitorização do doente (p. ex., avaliação neurológica), bem como nas intervenções direcionadas ao tratamento e/ou prevenção de complicações. Tive oportunidade de participar em mais do que uma situação em que foi realizada implementação e gestão de protocolos terapêuticos complexos (p. ex., terapêutica fibrinolítica e/ou anti-hipertensora). Pode ainda surgir a necessidade de continuidade de cuidados em transporte inter-hospitalar para centros de referência para realização de procedimentos invasivos (p. ex., trombectomia endovascular) (Direção-Geral da Saúde, 2017e; Powers et al., 2018).

Na VV fratura colo do fémur não houve nenhuma situação pautada pela instabilidade hemodinâmica, no entanto, emergiu como oportunidade para direcionar as intervenções na prevenção de complicações, gestão da dor e preparação para os protocolos cirúrgicos. A fratura do colo do fémur é uma causa comum e importante de mortalidade e perda funcional. A taxa de mortalidade está diretamente relacionada com o tempo decorrido entre a fratura e a sua estabilização cirúrgica. Nos doentes operados após as 48 horas, além do risco de mortalidade, aumenta ainda a incidência de complicações médicas major e conseqüentemente os custos sociais e económicos com estes doentes. Este protocolo surge pela necessidade de reduzir o tempo de diagnóstico e encaminhamento do doente com esta patologia e a sua ativação deve ser realizada no primeiro contacto com o doente, ou seja, na triagem. Para tal, estão definidos critérios específicos (60 anos ou mais de idade,

eventual queda com trauma dos membros inferiores/bacia, impossibilidade para a marcha), bem como a prescrição de exames de diagnóstico (p. ex., radiografia da bacia) (Aqil et al., 2016; Smektala et al., 2008). Inerente ao tratamento desta patologia, a gestão da dor é fundamental e promove o conforto nestes doentes, desde a admissão hospitalar até à conclusão da reabilitação. Uma deteção e avaliação precoce e sistemática da dor servem de base à implementação de intervenções direcionadas ao controlo da dor, minimizando a ocorrência de quadros de delirium, depressão, distúrbios do sono, exacerbação de outras patologias e estando ainda associada a melhores resultados na reabilitação após o tratamento (Abou-Setta et al., 2011; Dixon et al., 2018).

Para além das intervenções descritas anteriormente, merecem referência as intervenções direcionadas à família do doente. É incentivada no serviço uma metodologia de cuidado individualizado e centrado no doente e sua família, e assim, tive oportunidade de envolver a família na prestação de cuidados, enquanto parceira na prestação de cuidados e/ou alvo de cuidados (Locsin, 2005; Meleis, 2007; Mendes, 2016). São exemplos práticos o de informar desde a admissão do doente qual vai ser a sequência de acontecimentos esperada durante a permanência no SU, encorajar a presença da família de forma a que o doente se sinta acompanhado e mantenha a serenidade, bem como a preocupação em reunir condições para que o doente tenha uma morte digna, privilegiando o conforto, e que a família, se assim o desejar, possa acompanhar o doente em fim de vida. Outro aspeto importante e que permite otimizar esta forma de cuidar centrada no doente, está relacionada com a partilha de informação pela equipa, à equipa, utilizando a técnica *Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation* (ISBAR). Garantir que a informação pessoal do cliente e família, relevante para a relação terapêutica, é transmitida de forma precisa durante as “passagens de turno”, permite a prestação contínua de cuidados de qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2017a).

Outro aspeto positivo de ter como enfermeiro orientador um elemento de gestão no serviço (enfermeiro chefe), foi o facto de poder desenvolver competências na área da gestão. Assim, tive oportunidade de observar a utilização de ferramentas inerentes às novas tecnologias na área da gestão. Desde técnicas que permitem antecipar a necessidade de cuidados (p. ex., afluência diária ao SU), como aquelas inerentes à distribuição e supervisão de funções (p. ex., distribuição da equipa de enfermagem e assistentes operacionais), bem como, tecnologia de apoio à gestão

da formação em serviço, delineada a partir de auditorias efetuadas aos cuidados prestados (p. ex., formação em serviço). O desenvolvimento de competências nesta área permitiu-me por um lado sair da minha zona de conforto, mas também perceber de que forma podemos intervir na promoção da segurança e qualidade dos cuidados, não estando diretamente na prestação desses mesmos cuidados.

No que se refere à gestão da dor na PSC, foi com enorme entusiasmo que constatei a existência de um procedimento de avaliação da dor, implementado na instituição e transversal a todos os serviços, com revisão no ano de 2018, cujos objetivos são os de garantir que todos os doentes são avaliados em relação à existência de dor e o de realizar um plano de cuidados posterior a essa avaliação, a todos os doentes com dor ou risco de dor, internados ou em ambulatório. Verifiquei também que existe por parte da equipa de enfermagem grande receptividade e empenho na implementação e cumprimento deste procedimento, embora desconhecido para alguns elementos da equipa.

Este procedimento recomenda, no doente adulto, que a monitorização da dor seja efetuada através da utilização das escalas de autoavaliação (EVN; EF) sempre que o utente tenha capacidades de comunicação e funções cognitivas mantidas e de heteroavaliação (BPS; PAINAD) quando o doente apresentar incapacidade de comunicação e/ou alterações cognitivas (Direção-Geral da Saúde, 2003; Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2008; Join Commission Internacional, 2016).

Assim, procurei participar e sensibilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à PSC com dor, integrando nas minhas intervenções as práticas recomendadas, suportadas pela evidência científica disponível, sintetizada na revisão integrativa da literatura que realizei. Estas intervenções incluíram a deteção, avaliação, monitorização e controlo da dor, bem como a educação da pessoa e sua família e o registo das intervenções realizadas. Com a concordância da professora e sob orientação do enfermeiro orientador, procurei ser proactivo, propondo a realização de uma ação de formação direcionada à temática da avaliação da dor (Apêndice III). Foi abordada a pertinência da avaliação da dor, definições de dor, gestão da dor e PSC, instrumentos de avaliação da dor disponibilizados no serviço e uma síntese com ênfase nos pontos-chave. Como metodologia, foi utilizado o método expositivo e interrogativo, conforme diapositivos

iniciais (Apêndice IV), e no final foi disponibilizado um questionário de avaliação da formação (Apêndice V).

Após interpretação e análise dos resultados obtidos por intermédio do questionário de avaliação da formação, verifiquei que a totalidade dos formandos concordou com o facto dos conteúdos da formação serem adequados aos objetivos propostos e mais de 94% concordaram que esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos. Quando questionados sobre os conteúdos da sessão, cerca de 94% concordaram terem sido úteis para o exercício das suas funções, contribuindo para a melhoria do desempenho profissional e conseqüentemente para a qualidade dos cuidados. Relativamente ao formador, a totalidade dos formandos concordou que este dominava os temas abordados na sessão, que a metodologia e a linguagem foram adequadas, bem como o empenho no desenvolvimento dos temas.

Por intermédio de auditorias que efetuei aos processos clínicos dos doentes, verifiquei, por parte dos enfermeiros do serviço, uma melhoria significativa na avaliação da dor do doente crítico, mais especificamente, na avaliação inicial e na reavaliação da dor, bem como na seleção e registo das ferramentas para avaliação da dor.

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 constitui-se como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem no que concerne à satisfação do cliente, prevenção de complicações e ao bem-estar e auto-cuidado (Regulamento no 361/2015, 2015). Este compromisso com o doente é assumido pela instituição, de tal forma que a avaliação da dor é um indicador de qualidade do serviço de urgência e faz parte da avaliação de desempenho individual dos enfermeiros.

Incluído neste objetivo surgiu ainda a oportunidade de prestação de cuidados à PSC com dor, em contexto pré-hospitalar, através da realização de estágio de observação na VMER. Foram realizados 3 turnos, que representam um total de 24 horas. Deste estágio destaco os dois aspetos sobre os quais mais recaiu a minha reflexão: por um lado a forma como as limitações impostas pelo ambiente de emergência (p. ex., individuo encarcerado) influenciam a escolha das intervenções por parte dos profissionais de saúde que melhor respondem às necessidades específicas do doente e, por outro lado, a forma como as nossas intervenções

relacionadas com a gestão da dor, influenciam positivamente a PSC e todos os cuidados prestados, posteriormente (p. ex., imobilização do doente, realização de exames complementares de diagnóstico e/ou tratamentos), contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade e conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar do doente (European Society for Emergency Medicine, 2019).

Acredito merecer referência um episódio que vivenciei, em que a equipa da VMER foi chamada a fim de prestar assistência a um doente vítima de traumatismo no antebraço com ferida incisa e hemorragia ativa. Além de todas as intervenções inerentes ao controlo da hemorragia, o controlo da dor permitiu, por um lado o transporte em segurança com o doente tranquilo e hemodinamicamente estável, e à chegada ao serviço de urgência, perante um doente que já tinha a dor controlada, iniciou-se desde logo o tratamento definitivo à lesão traumática.

Procurei também, desenvolver competências que maximizem a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica. As infeções associadas a cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Aumentam a morbidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. (Direção-Geral da Saúde, 2017d, Direção-Geral da Saúde, 2018).

De forma a concretizar os objetivos inerentes a esta temática procurei desde logo consultar as normas e procedimentos implementados, bem como os projetos em curso na instituição. É exemplo prático a participação na ação de formação que decorreu no serviço relativamente à diminuição das infeções relacionadas com a técnica de algáliação. Procurei confrontar os conteúdos abordados na sessão de formação com a melhor evidência científica disponível, contribuindo para a implementação e sensibilização da equipa relativamente às atividades propostas pelo grupo de trabalho. Procurei ainda que as minhas intervenções convergissem com as boas práticas inerentes ao controlo de infeção, realizando e sensibilizando a equipa multidisciplinar para a técnica correta de lavagem das mãos, para a utilização de equipamentos de proteção individual, bem como para o cumprimento dos princípios de controlo da transmissão de infeção, onde procurei efetuar uma identificação precoce, bem como estabelecer barreiras de propagação de infeção,

com a implementação dos isolamentos adequados (Direção-Geral da Saúde, 2017d).

De uma forma geral, considero que este contexto permitiu-me concretizar os objetivos propostos. Uma integração rápida e eficiente na equipa multidisciplinar e o estabelecimento de uma relação pedagógica efetiva com o enfermeiro orientador, impuseram-se como elemento facilitador no meu processo de desenvolvimento de competências. Este é um dos grandes aspetos positivos deste estágio e será algo que procurarei desenvolver e otimizar em situações idênticas, no futuro.

A grande rotatividade e período de permanência curto dos doentes, neste contexto, condicionaram em alguns momentos a continuidade dos cuidados e consequente avaliação das intervenções implementadas, mas que pude experienciar no contexto seguinte.

A elaboração do jornal de aprendizagem, construção da revisão integrativa da literatura e realização de ações de formação, impuseram-se como atividades importantes na reflexão sobre a aprendizagem, na aquisição individual de conhecimentos inerentes às boas práticas na prestação de cuidados, na partilha de conhecimentos e como suporte à tomada de decisões (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2019).

Consegui, desta forma, desenvolver e/ou otimizar os conhecimentos que me permitiram identificar e resolver problemas inerentes à minha prática profissional, desenvolvendo soluções para as questões complexas, recorrendo à prática reflexiva e baseada na evidência científica para a tomada de decisão. Otimizei ainda competências no âmbito da comunicação, seja com o doente e sua família, seja entre pares.

## **2.2. Unidade de Queimados**

A UQ em que decorreu o estágio é parte integrante de uma rede de referência a nível nacional, para onde deverão ser encaminhados os doentes queimados graves após avaliação e estabilização. A elevada complexidade e especificidade dos recursos necessários e a necessidade de uma casuística mínima para garantir a experiência e qualidade do tratamento dos doentes adultos queimados graves, recomenda que essas vagas se concentrem nos centros existentes. A rede de referência é composta por cinco UQ para adultos e uma

UQ pediátrica, num total nacional de trinta e cinco camas, perfazendo uma cama por 285 390 habitantes, inferior à média dos países europeus em que existe uma cama por 225 700 habitantes (Direção-Geral da Saúde, 2015, 2017b, 2017c).

A dor provocada pelas queimaduras continua a ser um desafio terapêutico para as equipas que prestam cuidados à PSC vítima de queimadura. Por um lado, a dor nestes indivíduos atinge intensidades excecionais e de duração variável, por outro existem um conjunto de limitações a ter em conta no seu tratamento, sejam elas dependentes do doente (idade, acesso vascular, função respiratória, capacidade para avaliar a dor) ou do meio (vigilância, equipamento de monitorização e analgesia, conhecimentos da equipa multidisciplinar). A dor na PSC vítima de queimadura é tão abrangente e complexa como todo o processo pós-queimadura. Os diferentes mecanismos de lesão (lesão térmica, elétrica, química), a lesão na pele (superficial ou profunda), o tratamento a que é sujeita (tratamento da região queimada, tratamento cirúrgico ou ambos), bem como os fatores psicologicamente desestabilizadores (internamento prolongado, isolamento, sequelas físicas), contribuem para a perceção e modulação do estímulo algico (Bittner, Shank, & Woodson, 2015; Echinard & Latarjet, 2015; European Burns Association, 2017; Wiechman & Sharar, 2018). Por tudo isto e tendo em conta a temática em estudo e a minha anterior e atual experiência profissional em unidade de cuidados intensivos polivalente, desenvolver o estágio numa unidade específica, a UQ, revelou-se essencial para o desenvolvimento de competências específicas na gestão da dor da PSC.

Com a evolução da civilização, a incidência de lesões por queimadura aumentou. Assim, às queimaduras produzidas por calor e frio somaram-se as químicas, as elétricas e, mais recentemente, as provocadas pelos agentes radioativos. Só no passado mais recente começámos a entender a sua natureza e a obter bons resultados no tratamento (Echinard & Latarjet, 2015; Mélega & Mendes, 2011). Nas últimas duas décadas, verificou-se uma tendência geral de descida da incidência, hospitalização e morte de queimados. A este decréscimo têm sido atribuídos fatores como a educação para a prevenção de fogos e queimaduras, tratamento dos doentes em serviços especializados para queimados, regulação de produtos ao consumidor e implementação de normas relativas à higiene e segurança no trabalho (Echinard & Latarjet, 2015; Urden et al., 2014).

Relativamente a este contexto, e como ponto de partida, foram estabelecidos como objetivos:

- Desenvolver competências especializadas no cuidado à PSC no contexto de UCI, mais concretamente UCI queimados;
- Desenvolver competências especializadas na gestão da dor na PSC.

Na sequência do contacto com a realidade do contexto de estágio e após discussão dos objetivos gerais com o professor e orientador de estágio, foram definidos os objetivos específicos, bem como as atividades a desenvolver e resultados esperados visando a sua concretização.

A discussão dos objetivos numa fase precoce com a professora e enfermeira orientadora de estágio, permitiram o seu ajuste ao contexto de estágio, às minhas expectativas e ao cumprimento das metas inerentes ao mestrado em enfermagem na área da PSC. O estabelecimento de uma relação pedagógica precoce, tal como no contexto de ensino clínico anterior, impôs-se como elemento facilitador no processo de desenvolvimento de competências.

No que se refere à integração na equipa multidisciplinar, conhecendo a organização e dinâmica de funcionamento da unidade, a concretização deste objetivo iniciou-se desde logo, no 1º dia de estágio, com uma visita guiada pela enfermeira chefe à UQ, bem como a explicação dos vários circuitos do doente no serviço. Assim, conhecer a estrutura e dinâmica do serviço, bem como a tipologia do doente admitido na unidade, permitiu-me direcionar o foco de intervenção, visando a concretização dos objetivos propostos.

O facto de a equipa multidisciplinar, em particular a de enfermagem, ser composta por elementos com muita experiência profissional que trabalham juntos no mesmo serviço há vários anos, suscitou em mim alguma apreensão inerente à forma como seria recebido e disponibilidade para a partilha de conhecimentos.

Uma vez que a admissão na UQ é precedida de contacto prévio e frequentemente com alguma antecedência, de forma a planear a transferência do doente, isto permitiu desde logo agendar a realização dos primeiros turnos para os momentos em que seria previsível a admissão dos doentes na UQ ou idas ao bloco operatório (BO) para realização de tratamentos a queimaduras, em que a gestão da dor assume uma enorme importância. Desta forma, o conhecimento da organização e dinâmica do serviço nas várias valências que disponibiliza, ocorreu precocemente.

Nesta fase, estive ainda sob coorientação dos vários elementos mais experientes do serviço, o que permitiu uma integração na equipa multidisciplinar rápida e eficiente, compreendendo a dinâmica do serviço, a metodologia de trabalho e ainda a perspetiva individual de cada profissional relativamente à prestação de cuidados de qualidade centrados no doente e sua família e relacioná-los com a evidência científica pesquisada.

A prestação de cuidados decorreu sempre em colaboração com a equipa multidisciplinar, ao longo dos turnos da manhã, tarde e noite, surgindo como elemento facilitador o empenho que todos tiveram no meu acolhimento e integração.

A organização do serviço, no que se refere à constante revisão das normas e procedimentos implementados, mediante atualização com a evidência científica mais recente, bem como a sua disponibilização e divulgação a toda a equipa, surgiu como uma mais-valia na minha aquisição de competências.

A intervenção à PSC grande queimada, era de longe, quer pelo ênfase que dá à gestão da dor, tema que norteou o meu percurso de mestrado, quer pela sua casuística e especificidade na vertente da PSC, a área na qual detinha menos conhecimentos, motivo pelo qual este estágio me fez sair da minha zona de conforto, tendo se revelado um enorme desafio.

A pessoa queimada é por definição uma pessoa politraumatizada, com necessidade de cuidados multidisciplinares, uma vez que as consequências das queimaduras vão muito além da destruição parcial ou total da espessura da pele (Direção-Geral da Saúde, 2017b; Echinard & Latarjet, 2015). Desta forma, e tal como no contexto de urgência, tornou-se imperativo mobilizar os conhecimentos adquiridos nos cursos de SAV e ATLS/ATCN, bem como das unidades curriculares de semestres anteriores, visando a implementação de intervenções especializadas na estabilização e tratamento destes doentes (American College of Surgeons, 2012; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2019; Society of Trauma Nurses, 2013).

Ao longo deste estágio, concomitantemente às outras atividades desenvolvidas, e de forma a que a minha tomada de decisão inerente aos cuidados prestados tivesse por base a melhor evidência científica disponível, procurei não só consultar a bibliografia disponível no serviço, mas também diversos artigos e *guidelines* internacionais disponíveis nas fontes digitais. Contribuiu para este percurso de desenvolvimento de competências a realização de um estudo de caso,

que me permitiu consolidar conhecimentos relativos à PSC grande queimada e processo de enfermagem.

As queimaduras classificam-se primariamente segundo a sua profundidade e extensão. No entanto, o seu tipo e localização, bem como a idade e história clínica do doente são fatores importante a considerar. O reconhecimento da magnitude dos danos causados pela queimadura, que se baseia na profundidade, tamanho e antecedentes pessoais, assumem um papel de relevo na planificação dos cuidados inerentes ao tratamento. Quanto ao tamanho da lesão, existem atualmente métodos que permitem determinar a área de superfície corporal queimada (ASCQ), tais como a regra dos nove (Anexo VI) ou o método de Lund and Browder (Anexo VII). Relativamente à profundidade as queimaduras podem ser classificadas, por ordem de gravidade, como: superficiais, espessura parcial superficial, espessura parcial profunda e espessura total (Echinard & Latarjet, 2015; Mélega & Mendes, 2011; Urden et al., 2014). Embora a perceção do individuo determine a intensidade da dor, em termos práticos pode ser estabelecida uma relação entre o grau de profundidade da queimadura e a provável intensidade da dor. Assim na queimadura superficial falamos de uma intensidade de dor ligeira a moderada, na queimadura de espessura parcial uma intensidade de dor moderada a severa e na queimadura de espessura total a ausência de dor pela destruição dos nociceptores (Echinard & Latarjet, 2015; European Burns Association, 2017; Mélega & Mendes, 2011).

Uma abordagem pré-hospitalar adequada permite reduzir a dor, reduzir a temperatura intradérmica, preservando a zona de estase, limitando assim a extensão e a profundidade da lesão por queimadura. Na abordagem da pessoa com queimadura tem de ser efetuada a vigilância primária da ABCDEF (*Airway, Breathing, Circulation, Diasability, Exposure, Fluid resuscitation*). Na vigilância secundária tem de ser efetuada a identificação da AMPLE (*Allergies, Medications, Past medical history, Last meal or drink, Events preceding injury*) (Direção-Geral da Saúde, 2017c; Echinard & Latarjet, 2015; European Burns Association, 2017).

A unidade de queimados, de forma a dar resposta às necessidades e garantindo a qualidade dos cuidados, deve ser composta por uma equipa multidisciplinar, competente e experiente, 24 horas por dia, onde o enfermeiro assume um papel de destaque. A equipa de enfermagem deve desenvolver competências no cuidado ao doente queimado, doente crítico, diferentes tipos de feridas e úlceras cutâneas e reabilitação. Estas competências específicas deverão ser treinadas e

atualizadas regularmente (European Burns Association, 2017). Pela necessidade de vigilância devido à grande instabilidade hemodinâmica característica destes doentes, bem como pela panóplia de meios tecnológicos disponíveis, requer o desenvolvimento da competência tecnológica do enfermeiro nesta área, assumindo um papel de relevo, não só enquanto elemento facilitador, mas também na garantia de cuidados de qualidade centrados no doente (Locsin, 2001, 2005; Locsin & Purnell, 2009).

Quer na admissão do doente, quer em determinados procedimentos na UQ (p. ex., balneoterapia), a complexidade das técnicas exige o envolvimento de meios humanos e técnicos bastante superiores àquilo que é preconizado noutros serviços. Relativamente aos elementos da equipa de enfermagem é inclusivamente necessário ativar dois elementos que estão de prevenção. Procurei refletir, através da realização de um jornal de aprendizagem, acerca da importância de como determinados procedimentos implicam a mobilização de meios técnicos e humanos para garantir a segurança inerente à qualidade dos cuidados, mas também de que forma nós, enquanto enfermeiros, temos um papel ativo em procurar quantificar a carga de trabalho inerente aos cuidados de enfermagem, de forma a dar visibilidade àquilo que fazemos, à nossa profissão, mas também justificar a quem desempenha funções de gestão (serviço e/ou instituição) porque necessitamos dos respetivos meios técnicos e humanos para o fazer (Aiken et al., 2017; Guerra, 2018; Macedo, 2017). Os cuidados de enfermagem não são *standards*, devendo ser adaptados e centrados no doente e sua família (Guerra, 2018; Smith, 2002). A carga de trabalho pode ser medida ou expressa em pontuações, existindo para isso instrumentos validados para o efeito, que permitem determinar o número de minutos/dia, dedicados pela equipa de enfermagem a cada doente (Macedo, 2017). Aproveitando os recursos disponíveis no serviço utilizei uma ferramenta já implementada, o Nursing Activities Score (NAS) (Macedo, 2017). A aquisição de competências nesta área permitiu-me não só prestar cuidados garantindo a segurança dos doentes e profissionais, fundamentando e mensurando a necessidade dos recursos, mas também refletir na forma como poderei aplicar esses conhecimentos no meu local de trabalho e na prática diária de cuidados.

No que refere às intervenções direcionadas à família do doente, merece referência o facto de os familiares não acederem ao interior do serviço, e como tal, as visitas decorrem num corredor externo, onde são feitas com recurso a um

intercomunicador, mas com uma barreira física, uma janela. Embora seja incentivada a comunicação e disponibilizado um telefone de forma permanente para que doentes e família possam comunicar, este contacto entre equipa de enfermagem/família ocorre essencialmente no momento da admissão e vai desvanecendo ao longo do internamento, frequentemente longo, com todas as implicações negativas que advêm para o doente, família e equipa de enfermagem (Locsin, 2005; Meleis, 2007).

No que refere à gestão da dor na PSC, o facto de existirem normas no serviço relacionadas com a gestão da dor, bem como o facto de a enfermeira orientadora ser perita nesta área, facilitou o processo de desenvolvimento de competências e consequente a concretização deste objetivo.

Durante este ensino clínico diversas foram as oportunidades de estar presente nos diferentes momentos em que a gestão da dor assumia um papel de relevo. Assim, procurei participar e sensibilizar a equipa de enfermagem para a prestação de cuidados à PSC vítima de queimadura com dor, integrando nas minhas intervenções as práticas recomendadas, suportadas pela evidência científica disponível, sintetizada na revisão integrativa da literatura que realizei.

A dor na queimadura é caracterizada na maioria das vezes como dor com componente mista: nociceptiva e neuropática. Podem ainda desenvolver-se fenómenos de hiperalgesia primária, alodinia e hiperalgesia secundária. Após a cessação do processo inflamatório, a dor pode ser perpetuada ou exacerbada por fatores como a dor incidental, que resulta da realização dos tratamentos à queimadura, cirurgia e reabilitação (Castro, Leal, & Sakata, 2013; Echinard & Latarjet, 2015; Wiechman & Sharar, 2018). As intervenções desenvolvidas incluíram a deteção, avaliação, monitorização, controlo da dor, bem como a educação da pessoa e sua família e o registo das intervenções realizadas. Procurei ser proativo, quer na avaliação da dor, quer na deteção dar dor e/ou potenciais procedimentos passíveis de causar dor, o que serviu de base para fundamentar as intervenções interdependentes relacionadas com a gestão da dor.

Grandes queimaduras resultam em alterações nas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos, condicionando e/ou potenciando a sua eficácia. As alterações farmacodinâmicas nos órgãos-alvo alteram os recetores, tornando variáveis e imprevisíveis as respostas aos medicamentos. Acresce ainda o facto da instabilidade hemodinâmica provocada

pela fase de choque e fase hipermetabólica, condicionarem a metabolização e eliminação do fármaco, e conseqüentemente o seu efeito. Desta forma, para garantir eficácia ou evitar toxicidade, poderá ser necessário implementar protocolos terapêuticos cuja dosagem difere das habituais (Bittner et al., 2015). Relativamente às intervenções autónomas onde se enquadram as medidas não-farmacológicas, foram realizadas atividades de aplicação de frio/calor, mobilizações, posicionamentos e massagem de conforto, bem como atividades relacionadas com a adaptação do ambiente (luz, ruído, temperatura) (Devlin et al., 2018; Geziry et al., 2018; Holdcroft & Power, 2003).

O facto de estar definido praticamente desde o momento da admissão um plano terapêutico analgésico multimodal com várias estratégias de controlo da dor, permitiu que nos momentos em que a dor incidental seria previsível (p. ex., realização de tratamento a queimaduras no bloco operatório), pudesse ter uma atitude preventiva contribuindo para a gestão da dor do doente.

Sendo a gestão da dor a temática que desenvolvi neste percurso, participei na primeira fase de atualização da norma de avaliação e controlo da dor disponível do serviço, divulgando documentos de suporte à evidência científica inerente às boas práticas relacionadas com a gestão da dor, instrumentos de avaliação e estratégias de controlo da dor mais adequadas para cada doente, potenciando cuidados de qualidade centrados no doente.

Senti que a temática da gestão da dor suscitava interesse junto da equipa de enfermagem, fosse com o intuito de desenvolver competências ou esclarecer dúvidas, e procurei intervir de forma construtiva sempre que este era o tema de conversa.

Relativamente à interação com o doente e mediante as explicações que fiz, sempre que pertinentes, quer do fenómeno doloroso, quer da estratégia para o minimizar, verifiquei que tal como a literatura menciona, o controlo da dor, especialmente durante os procedimentos, permite criar uma relação de confiança do doente com a equipa multidisciplinar e estimular a colaboração nos cuidados, reduzindo potenciais complicações (infeciosas, cicatriciais) e contribuindo para um tratamento eficaz (Echinard & Latarjet, 2015; Papathanassoglou et al., 2018).

No que concerne ao desenvolvimento de competências que maximizem a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos

perante a PSC e/ou falência orgânica, a UQ foi um excelente contexto de aprendizagem clínica. Por um lado, a infraestrutura de bloco operatório no interior do serviço, com todos os circuitos e procedimentos necessários a manter o ambiente asséptico, por outro lado a característica da PSC grande queimada, cujo risco de sépsis é elevado, e que de forma preventiva carece de medidas adicionais no que à prevenção de infeção diz respeito, permitiram-me maximizar os meus conhecimentos e capacidades de intervenção nesta área.

Verifiquei que as medidas de prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos começam ainda antes da admissão do doente na UQ, através do estabelecimento de protocolos que garantem a realização de procedimentos no exterior da unidade (p. ex., exames de imagem, eletrocardiograma), antes da admissão, reduzindo complicações inerentes à transferência do doente e garantindo no interior da unidade a manutenção da assepsia e diminuição das infeções cruzadas.

As sessões de balneoterapia são uma das formas mais antigas de tratamento de queimaduras, consistindo numa terapia através de banhos. Têm como principal objetivo a limpeza através da aplicação de água corrente e/ou desbridamento mecânico do tecido desvitalizado, assim como a desinfeção da área queimada (através da aplicação de antissépticos), contribuindo para a prevenção da infeção no doente queimado, por redução ou eliminação de agentes patogénicos na ferida (Echinard & Latarjet, 2015; Martinho, 2008).

A sala onde se realiza a balneoterapia, procedimento em que tive oportunidade de participar, localiza-se junto à entrada do serviço, e além dos benefícios para o doente, visa também definir o sítio a partir do qual as instalações passam a ser consideradas “áreas limpas”.

O facto de todo o material utilizado nas intervenções ao doente ser esterilizado, como os nastos de fixação do tudo endotraqueal e a roupa da cama, obrigou-me a adaptar a minha metodologia de trabalho a esta realidade, pelo facto de obrigar a um maior rigor no planeamento das intervenções, de forma a ter disponível todo o material necessário e disposto de forma a permitir a manutenção da técnica asséptica o maior período possível, bem como exigiu a utilização de uma metodologia que implica a prestação de cuidados em equipa, necessitando da colaboração de vários enfermeiros em simultâneo, e, portanto, a coordenação e distribuição de funções dos vários elementos envolvidos.

Deste modo, a organização dos cuidados de saúde prestados a estes doentes, bem como a definição de orientações clínicas baseadas na melhor evidência científica disponível, são fundamentais para se obter ganhos em saúde, com redução da mortalidade, redução das complicações, ganhos de eficiência e ganhos em qualidade de vida e bem-estar dos doentes (Direção-Geral da Saúde, 2017b; European Burns Association, 2017; Urden et al., 2014).

A pouca rotatividade e período de permanência longo dos doentes, neste contexto, permitiram a continuidade dos cuidados e consequente avaliação das intervenções implementadas, algo que nem sempre consigo fazer no meu contexto profissional e que também não tinha sido possível trabalhar no contexto clínico anterior. Este contexto permitiu-me assim, otimizar competências no que concerne ao processo de enfermagem e tomada de decisão fundamentada, numa perspetiva de continuidade de cuidados.

De uma forma geral considero que este contexto de estágio permitiu-me concretizar os objetivos propostos. Uma integração rápida e eficiente na equipa multidisciplinar, e o estabelecimento de uma relação pedagógica efetiva com a enfermeira orientadora, perita na área da gestão da dor e PSC vítima de queimadura, impuseram-se como elemento facilitador no meu processo de desenvolvimento de competências.

## Conclusão

De uma forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento deste relatório serviu como estratégia para a análise do percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da PSC, dando resposta às competências preconizadas pelos descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo de estudos e também às competências propostas pela ESEL, referentes ao Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem à PSC, de forma a adquirir o grau académico de mestre (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2019). Visou ainda o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Quando a realidade é trabalhar com o doente crítico, em que trabalhar “contra o tempo” e sob pressão é uma constante, facilmente privilegiamos a execução de técnicas e procedimentos, desviando-nos daquilo que muitas vezes é considerado importante para o doente e sua família. A aquisição de competências que permitam ouvir o doente e sua família e com isso desenvolver intervenções de enfermagem com as quais se identificam, permite estabelecer uma parceria na prestação de cuidados de qualidade. Capacitar os doentes para o processo de transição, centrando os cuidados na sua pessoa, respeitando as suas crenças e valores, não só permite um empenho do cliente e família na relação terapêutica como também dão suporte físico e psicológico para a realização das técnicas e procedimentos necessários, que muitas vezes são dolorosos e/ou incapacitantes.

A exigência e a procura de cuidados de saúde cada vez mais complexos exige por parte da disciplina de enfermagem uma evolução constante, quer a nível profissional, quer a nível do ensino. Conjuguar aquilo que me caracteriza enquanto enfermeiro “saber ser, saber estar, saber fazer” com modelos de prestação de cuidados centrados no cliente e sua família, é uma garantia de cuidados de enfermagem de qualidade, que visam a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos nossos doentes.

Relativamente à temática - **gestão da dor na pessoa em situação crítica** -, é uma competência fundamental do enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica, no entanto, a dor contínua a ser um problema no doente crítico, seja pelo

desafio que o seu tratamento representa ou pela necessidade de otimização de competências nesta área.

A gestão da dor implica a deteção, avaliação, monitorização e controlo, bem como a educação da pessoa e da família e o registo das intervenções realizadas, sendo que a chave para a gestão da dor é avaliar, intervir e reavaliar após cada intervenção implementada. Assumi um papel de relevo em cada uma destas etapas, sendo que a aquisição de competências com recurso à melhor evidência científica disponível serviu de suporte às minhas intervenções e às intervenções de outros profissionais. Acresce ainda o facto de o controlo da dor ser um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, no que concerne à satisfação do cliente, prevenção de complicações e ao bem-estar e auto-cuidado do doente.

A realização dos jornais de aprendizagem, estudo de caso, bem como a RIL, não só estimularam a otimização da minha capacidade crítica e reflexiva, como também se impuseram-se como atividades importantes na aquisição individual de conhecimentos inerentes às boas práticas na prestação de cuidados, na partilha de conhecimentos e como suporte à tomada de decisões.

De uma forma geral, acredito que as atividades realizadas durante o estágio, em contexto de urgência e unidade de cuidados intensivos, permitiram a concretização dos objetivos propostos no que refere ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC e sua família, bem como desenvolvimento de competências especializadas na gestão da dor na PSC.

O recurso à teoria de Enfermagem de Rozzano Locsin, permitiu-me compreender a importância de suportar a minha intervenção numa teoria de enfermagem e desenvolver a minha competência tecnológica, ou seja, recorrer de forma intencional e contínua aos meios tecnológicos, visando conhecer o doente como um todo em cada momento. Serviu ainda de suporte ao desenvolvimento do processo de Enfermagem, assegurando, nas diferentes situações, a prestação de cuidados centrados na PSC e sua família, dando resposta às suas necessidades, privilegiando a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente aos objetivos e competências a adquirir no curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem à PSC, o trabalho desenvolvido em sala de aula no 1º e 2º semestre, bem como os estágios no 3º semestre, serviram de suporte ao desenvolvimento de competências imprescindíveis

ao cumprimento dos objetivos. Destaco as atividades relacionadas com a gestão de processos complexos na PSC (p. ex., vias verdes), a intervenção na prevenção e controlo de infeção (p. ex., técnica asséptica; participação em ações sensibilização), seleção, análise e síntese de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão (p. ex., elaboração da RIL), abordar as questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador (p. ex., discussão das intervenções com professora orientadora e enfermeiros em contexto clínico), bem como a gestão da dor na PSC.

No que aos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista diz respeito, acredito ter demonstrado ao longo deste percurso, por intermédio das minhas ações, o desenvolvimento de competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O meu crescente interesse por esta temática, a minha experiência profissional em SU e UCI, bem como a relação pedagógica estabelecida com os enfermeiros orientadores em estágio e professora orientadora, constituíram-se com elementos facilitadores neste processo de desenvolvimento de competências.

Como dificuldades devo mencionar o facto de regressar ao papel de aluno, que foi um desafio para mim, a gestão de expectativas, a relação com os colegas. No entanto, penso ter ultrapassado estas dificuldades mediante a adoção de uma atitude baseada na humildade. Acresce ainda o facto de a minha vida pessoal e profissional nem sempre ter permitido que dedicasse a este projeto o tempo em quantidade e qualidade que, por vezes, desejei.

Este percurso não termina aqui, espero ter perspicácia para continuar a identificar os problemas com os quais diariamente me debruço no desenrolar da minha prática profissional e procurar soluções que me permitam desenvolver competências, partilhá-las com os colegas de profissão e implementá-las na minha realidade profissional. Especial ênfase na gestão da dor na PSC, temática trabalhada neste percurso, e que tão negligenciada continua a ser nos SU e UCI. Tendo a perceção que muitas vezes não será fácil, mas que com perseverança serei promotor na prestação de cuidados de saúde de qualidade centrados no doente e sua família, visando o seu bem-estar e qualidade de vida.

Continuar a optimização de conhecimentos na temática da gestão da dor, bem como partilhar esses conhecimentos, em publicações escritas, na participação em congressos, ou até mesmo na tradução e validação de instrumentos de avaliação da dor para a população portuguesa é algo que fará parte dos meus objetivos profissionais num futuro próximo.

## Referências bibliográficas

- Abou-Setta, A., Beaupre, L., Jones, A., Rashid, S., Hamm, M., Sadowski, C., ... Mousavi, S. (2011). Pain management interventions for hip fracture. *Comparative Effectiveness Reviews*, 30. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56670/>
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., ... Van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in european hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), 559–568. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced trauma life support: Student course manual* (9<sup>a</sup> ed). Chicago: American College of Surgeons
- American Heart Association. (2016). *Acute ischemic stroke - early management*. Retrieved from <http://eguideline.guidelinecentral.com/i/222939-acute-ischemic-stroke-early-management/0?>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington: American Psychological Association.
- Aqil, A., Hossain, F., Sheikh, H., Aderinto, J., Whitwell, G., & Kapoor, H. (2016). Achieving hip fracture surgery within 36 hours: An investigation of risk factors to surgical delay and recommendations for practice. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 17(3), 207–213. doi:10.1007/s10195-015-0387-2
- Ayasrah, S. (2016). Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(4), 458–465. doi:10.1177/0310057x1604400412
- Aydede, M. (2019). Does the IASP definition of pain need updating? *Pain Reports*, 4(5), 1–7. doi:10.1097/PR9.0000000000000777
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., 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. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da

- escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7–16. doi: 10.12707/RIII1294
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *The American Journal of Nursing*, 87(1), 23–31. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3470396>
- Bittner, E., Shank, E., & Woodson, L. (2015). Acute and perioperative care of the burn-injured patient. *Anesthesiology*, 122(2), 448–464. doi: 10.1097/ALN.0000000000000559
- Brink, E., & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 03(08), 563–567. doi:10.4236/ojn.2013.38077
- Burton, C., Entwistle, V., Elliott, A., Krucien, N., Porteous, T., & Ryan, M. (2017). The value of different aspects of person-centred care: A series of discrete choice experiments in people with long-term conditions. *BMJ Open*, 7(4). doi:10.1136/bmjopen-2016-015689
- Castro, C. M. (2016). *O Internamento numa unidade de cuidados intensivos: A experiência vivida da pessoa em situação crítica*. (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/21609>
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), 41–59. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PensarEnfermagem15\\_2sem\\_41\\_59\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PensarEnfermagem15_2sem_41_59(1).pdf)
- Castro, R., Leal, P., & Sakata, R. (2013). Pain management in burn patients. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 63, 149–158. doi:10.1007/978-88-470-2661-2\_12
- Cavalheiro, J., Ferreira, G., Souza, M., & Ferreira, A. (2019). Nursing interventions for patients with acute pain. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 13(3), 632–639. doi:10.5205/1981-8963-v13i3a238069p632-639-2019
- Cohen, M., Quintner, J., & Rysewyk, S. (2018). Reconsidering the international association for the study of pain definition of pain. *Pain Reports*, 3(2), 7. doi:10.1097/PR9.0000000000000634

- Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/programa-nacional-de-controlo-da-dor-circular-pdf.aspx>
- Deldar, K., Froutan, R., & Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: A qualitative study. *BMC Nursing, 17*(1), 1–8. doi:10.1186/s12912-018-0281-3
- Delgado, S. A. (2020). Managing pain in critically ill adults. *American Journal of Nursing, 120*(5), 34–42. doi:10.1097/01.NAJ.0000662808.81949.d6
- Desbiens, N., Wu, A., Broste, S., Wenger, N., Connors, A., Lynn, J., ... Fulkerson, W. (1996). Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults. *Critical Care Medicine, 24*(12), 1953–1961. doi:10.1097/00003246-199612000-00005
- Despacho n.º 10319/2014. (2014). Características da rede de serviços de urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de pontos de rede de urgência. *Diário da República, 2.ª série (153)*, 20673–20678. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine, 46*(9), 825–873. doi:10.1097/CCM.0000000000003299
- Devonshire, E., & Nicholas, M. (2018). Continuing education in pain management: Using a competency framework to guide professional development. *Pain Reports, 3*(5), 1–7. doi: 10.1097/PR9.0000000000000688
- Diallo, B., & Kautz, D.(2014). Better pain management for elders in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing, 33*(6), 316–319. doi:10.1097/DCC.0000000000000074
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). Dor como 5º sinal vital - registo sistemático da intensidade da dor. *Circular normativa nº 09/DGCG de 14/06/2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde - Comissão Nacional do Controlo da Dor.
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). Abordagem organizacional do tratamento de

- queimaduras. *Norma nº 024/2012 de 27/12/2012, atualizada a 02/12/2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma nº 001/2017 de 07/02/2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. *Norma nº 022/2012 de 26/12/2012, atualizada a 13/07/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017c). Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. *Norma nº 023/2012 de 26/12/2012, atualizada a 13/07/2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017d). Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017e). Via verde do acidente vascular cerebral no adulto. *Norma nº 015/2017 de 13/07/2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2018). Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYszltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Dixon, J., Ashton, F., Baker, P., Charlton, K., Bates, C., & Eardley, W. (2018). Assessment and early management of pain in hip fractures: the impact of paracetamol. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 9, doi:10.1177/2151459318806443
- Echinard, C., & Latarjet, J. (2015). *Queimaduras*. Loures: Lusociência.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2018). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2019). *Regulamento de mestrado em enfermagem e cursos de pós-licenciatura de especialização*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- European Burns Association. (2017). *European practice guidelines for burn care: Minimum level of Burn Care Provision in Europe*. Barcelona: European Burns Association.

- European Society for Emergency Medicine. (2019). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations*. Aartselaar: European Society for Emergency Medicine.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma Abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Germossa, G., Hellesø, R., & Sjetne, I. (2019). Hospitalized patients' pain experience before and after the introduction of a nurse-based pain management programme: A separate sample pre and post study. *BMC Nursing*, 18(1), 9. doi:10.1186/s12912-019-0362-y
- Geziry, A., Toble, Y., Kadhi, F., Pervaiz, M., Nobani, M. (2018). Non-pharmacological pain management. In *Pain Management in Special Circumstances*. doi:10.5772/intechopen.79689
- Gordon, D., Watt-Watson, J., & Hogans, B. (2018). Interprofessional pain education with, from, and about competent, collaborative practice teams to transform pain care. *Pain Reports*, 3(3), e653. doi:10.1097/PR9.0000000000000663
- Guerra, N. E. (2018). *Dotações de Enfermagem: Impacto na segurança dos cuidados de saúde*. (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/28053>
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Rose, L., Patrick, A., & Roules, T. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1082–1089. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x
- Hassani, P., Abdi, A., & Jalali, R. (2016). State of science, “intuition in nursing practice”: a systematic review study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 7–11. doi:10.7860/jcdr/2016/17385.7260
- Heidegger, M. (1977). *The question concerning technology*. New York & London: Garland Publishing.
- Henneman, E., Gawlinski, A., & Giuliano, K. (2012). Surveillance: A strategy for improving patient safety in acute and critical care units. *Critical Care Nurse*, 32(2), e9–e18. doi:10.4037/ccn2012166
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital - Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Holdcroft, A., & Power, I. (2003). Management of pain. *BMJ*, 326(7390), 635.

doi:10.1136/bmj.326.7390.635

- Hylén, M., Alm-Roijer, C., Idvall, E., Akerman, E., Jasmin, I., & Roules, P. (2019). To assess patients pain in intensive care: Developing and testing the Swedish version of the Behavioural Pain Scale. *Intensive and Critical Care Nursing*, *52*, 28–34. doi:10.1016/j.iccn.2019.01.003
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Vranckx, P. (2018). ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, *39*(2), 119–177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
- Infinger, A., & Studnek, J. (2014). An assessment of pain management among patients presenting to emergency medical services after suffering a fall. *Prehospital and Disaster Medicine*, *29*(4), 344–349. doi:10.1017/S1049023X14000594
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2019). *Manual de suporte avançado de vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- International Council of Nurses. (2015). *CIPE - classificação internacional para a prática de enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- Issa, M., Awajeh, A., & Khraisat, F. (2017). Knowledge and attitude about pain and pain management among critical care nurses in a tertiary hospital. *Journal of Intensive and Critical Care*, *3*(1). doi:10.21767/2471-8505.100071
- Jablonski, J., Gray, J., Miano, T., Redline, G., Teufel, H., Collins, T., ... Martin, N. (2017). Pain, agitation, and delirium guidelines: Interprofessional perspectives to translate the evidence. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *36*(3), 164–173. doi:10.1097/DCC.0000000000000239
- Join Commission Internacional. (2016). *International patient safety goals* (6<sup>a</sup> ed). Illinois: The Join Commission.
- Kahsay, D., & Pitkäjärvi, M. (2019). Emergency nurses knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain management in resource-limited settings: cross-sectional study. *BMC Nursing*, *18*(1), 13. doi:10.1186/s12912-019-0380-9
- Kelly, L., & Vincent, D. (2011). The dimensions of nursing surveillance: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(3), 652–661. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x

- Kizza, I., & Muliira, J. (2015). Nurses' pain assessment practices with critically ill adult patients. *International Nursing Review*, 62(4), 573–582. doi:10.1111/inr.12218
- Kopf, A., Patel, N. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle: IASP Press®.
- Lewis, C., Corley, D., Lake, N., Brockopp, D., & Moe, K. (2015). Overcoming barriers to effective pain management: The use of professionally directed small group discussions. *Pain Management Nursing*, 16(2), 121–127. doi:10.1016/j.pmn.2014.05.002
- Locsin, R. & Purnell, M. (2009). *A contemporary nursing process*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Locsin, R. C. (1995). Machine technologies and caring in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 27(3), 201–203. doi:10.1111/j.1547-5069.1995.tb00859.x
- Locsin, R. C. (1998). Technologic competence as caring in critical care nursing. *Holistic Nursing Practice*, 12(4), 50–56. doi:10.1097/00004650-199807000-00008
- Locsin, R. C. (2001). *Advancing technology, caring, and nursing*. London: Auburn House.
- Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing - A model for practice*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Locsin, R., & Barnard, A. (2007). *Technology and nursing: practice, concepts and issues*. New York: Palgrave Macmillan.
- Macedo, R. P. (2017). *Nursing activities score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/4540>
- Makic, M. B. (2013). Pain management in the nonverbal critically ill patient. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 28(2), 98–101. doi:10.1016/j.jopan.2013.01.006
- Martinho, A. M. (2008). *Balneoterapia: Um estudo realizado na unidade funcional de queimados dos hospitais da universidade de Coimbra*. (Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316/9613>
- McCormack, B., & McCance, T. (2011). *Person-centered nursing theory and practice*.

New Jersey: Wiley-Blackwell.

- Mélega, J., & Mendes, F. (2011). *Cirurgia plástica - os princípios e a atualidade*. Brasil: Nova Guanabara.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Ronnberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making – A mixed studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 3936–3949. doi:10.1111/jocn.13814
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(1), 1–9. doi:10.1590/0104-07072016004470014
- Naser, E., Sinwan, S., & Bee, W. (2005). Nurses knowledge on pain management. *Singapore Nursing Journal*, 32(2), 29–36.
- Oliveira, P., Pereira, L., Santos, N., & Souza, L. (2016). Nursing in pain management at urgency and emergency care units. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18(1), 1–13. doi:10.5216/ree.v18.37309
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2008). *Dor - guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papathanassoglou, E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L., & Kyprianou, T. (2018). Effects of an integrative nursing intervention on pain in critically ill patients: a pilot clinical trial. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 172–185. doi:10.4037/ajcc2018271
- Pardo, C., Munoz, T., & Chamorro, C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 32, 38–44. doi:10.1016/s0210-5691(06)74552-1
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de medicina intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Powers, W., Rabinstein, A., Ackerson, T., Adeoye, O., Bambakidis, N., Becker, K., ... Tirschwell, D. (2018). Guidelines for the early management of patients with acute

- ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *American Heart Association*, 49(3) e46–e99. doi:10.1161/STR.000000000000158
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série(26). 4744 - 4750. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/140/2019/08/19/p/dre>
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.ª série(123) 17240 – 17243. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série (135) 19359 - 19370. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>
- Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2016). Gestão do tempo no planeamento de cuidados de enfermagem. *Servir*, 59(4), 7–11. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/4580>
- Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., ... Watt-Watson, J. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(3), 121–128. doi:10.1016/j.iccn.2011.02.001
- Scanlon, A., & Lee, G. (2007). The use of the term vulnerability in acute care: Why does it differ and what does it mean? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 54–59.
- Schoenhofer, S., & Boykin, A. (2001). *Nursing as caring: a model for transforming practice*. (2ª ed.). Sudbury: Jones & Bartlett.
- Schoneman, D. (2002). Surveillance as a nursing intervention: Use in community nursing centers. *Journal of Community Health Nursing*, 19(1), 33–47. doi:10.1207/S15327655JCHN1901\_04

- Schraeder, B., & Fischer, D. (1986). Using intuitive knowledge to make clinical decisions. *American Journal of Maternal Child Nursing, May-Jun;11(3)*, 161–162. doi:10.1097/00005721-198605000-00002
- Shaikh, N., Tahseen, S., Zeesan, Q., Al-Ameri, G., Ganaw, A., Chanda, A., ... Kazi, T. (2018). Acute pain management in intensive care patients: Facts and figures. In N. Shallik (Ed.), *Pain Management in Special Circumstances*. (pp. 59–71). doi:10.5772/intechopen.78708
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 11–20.
- Smektala, R., Endres, H., Dasch, B., Maier, C., Trampisch, H., Bonnaire, F., & Pientka, L. (2008). The effect of time-to-surgery on outcome in elderly patients with proximal femoral fractures. *BMC Musculoskeletal Disorders, 9*, 171. doi:10.1186/1471-2474-9-171
- Smith, A. (2002). Evidence of our instincts: an interview with Linda H. Aiken. *Nursing Economic, 20(2)*, 58–61.
- Society of Trauma Nurses. (2013). *Advanced trauma care for nurses: student manual*. Chicago: Society of Trauma Nurses.
- Sutari, M., Abdalrahim, M., Hamdan-Mansour, A., & Ayasrah, S. (2014). Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *Journal of Research in Medical Sciences, 19(8)*, 726–732.
- Teixeira, J. M. (2016). *A pessoa em situação crítica com dor: intervenção especializada de enfermagem*. (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/16487>
- The Health Foundation. (2014). *Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care*. Londres: The Health Foundation.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing: diagnosis and management* (7<sup>a</sup> ed). St. Louis: Elsevier.
- Valente, R., Carmona, C., Serralheiro, I., Monteiro, M., Gomes, P., Santos, R., & Fonseca, S. (2019). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para o tratamento da dor aguda. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 28(2)*, 102–109. doi:10.25751/rspa.15020

- Vincent, J., Abraham, E., Moore, F., Kochanek, P., & Fink, M. (2017). Management of acute pain in the intensive care unit. In Vincent, J. & Moore, F. (Eds.). *Textbook of critical care* (7<sup>a</sup> ed) (pp. 11-15). Philadelphia: Elsevier.
- Walder, B., & Tramèr, M. (2004). Analgesia and sedation in critically ill patients. *Swiss Medical Weekly*, 134, 333–346.
- Wang, H., & Tsai, Y. (2010). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3188–3196. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x
- Wiechman, S., & Sharar, S. (2018). Management of burn wound pain and itching. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/management-of-burn-woundpain-and-itching/print>
- Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2(4), 474–478. doi:10.5799/ahinjs.01.2011.04.0100

## **Apêndices**

## **Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura**

## **PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

### **Título da Revisão**

Intervenção do enfermeiro na gestão da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura

### **Revisores:**

João Miguel Cunha Joaquim

Professora Maria Teresa Leal

Professora Joana Ferreira Teixeira

### **Instituição onde é conduzida a revisão**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

### **Enquadramento teórico**

A *International Association for the Study of Pain* define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Kopf & Patel, 2010).

A dor é considerada pelo Internacional Council of Nurses (2015), como um dos focos de atuação do enfermeiro, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento, que compromete a percepção e aumenta a sensação de desconforto no indivíduo.

Doente crítico é aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (Ponce & Mendes, 2015).

A dor é comum no doente crítico adulto em repouso e durante procedimentos, incluindo atividades regulares (por exemplo, posicionamentos) e procedimentos minimamente invasivos (por exemplo, inserção de catéter arterial). A dor não controlada nos doentes irá resultar na deterioração das funções respiratórias e cardíacas, aumentar a morbidade e a mortalidade, prolongar o período de

recuperação e aumentar os custos com a assistência médica. Pode ainda conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (Sutari et al., 2014; Devlin et al., 2018).

Do ponto de vista fisiopatológico a sensação de dor surge após ter sido ativado o sistema nociceptivo e todos os processos que o compõem. A ativação deste sistema inicia-se na presença de um estímulo nóxico que desencadeia a ativação das fibras nociceptivas. De forma sucessiva desencadeiam-se então quatro processos sequenciais: **transdução** – o estímulo nóxico traduz-se em atividade elétrica nas terminações nervosas; **transmissão** – propagação dos impulsos através do sistema nervoso; **perceção** – a mensagem da dor é transmitida pelas vias espinotalâmicas aos centros encefálicos onde é percebida; **modulação** – libertação pelo SNC de opiáceos endógenos que inibem a transmissão da sensação de dor na medula espinhal e produzem analgesia. Tendo em conta o critério tempo, podemos distinguir dois tipos de dor: a **dor aguda** – tem uma função biológica inicial de alerta e caracteriza-se pela combinação de lesão tecidual, dor, ansiedade, medo e é geralmente acompanhada por fenómenos de disfunção autonómica; **dor crónica** – entidade clínica de longa duração (três ou mais meses) sem função biológica (Urden et al., 2014; Vincent et al., 2017).

A gestão da dor implica a deteção, avaliação, monitorização e controlo através da correção das complicações relacionadas com a mesma, da educação da pessoa e da família e o registo das intervenções realizadas (Teixeira, 2016; Yüceer, 2011). A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Delgado, 2020; Join Commission Internacional, 2016; Regulamento no 361/2015, 2015).

A avaliação da dor pode ser realizada com recurso a escalas de autoavaliação e heteroavaliação, unidimensionais ou multidimensionais. Sendo a dor uma experiência subjetiva, requer que, na sua avaliação, se valorize a perceção de quem a experienciou, motivo pelo qual na avaliação da dor se devem privilegiar os instrumentos de autoavaliação (Shaikh et al., 2018; Urden et al., 2014).

A gestão da dor na PSC é um desafio. Se por um lado o tratamento farmacológico está associado a efeitos colaterais marcantes, por outro lado a ansiedade, medo e expectativas negativas são comuns nestes doentes e podem contribuir para uma maior perceção da dor. Assim, a natureza multifatorial da dor na

UCI exige abordagens que abordem as respostas fisiológicas e psicossociais à dor. As diretrizes atuais destacam a necessidade de testar e implementar estratégias não farmacológicas para o tratamento da dor em pacientes críticos (Papathanassoglou et al., 2018).

Os doentes internados na UCI sentem dor em repouso e durante os procedimentos. A dor não controlada é comum e pode comprometer os resultados, contribuindo para a instabilidade hemodinâmica, hipercatabolismo, hiperglicémia, infeções, delirium e stress pós-traumático (Papathanassoglou et al., 2018).

Os enfermeiros assumem um papel de relevo na equipa multidisciplinar responsável pela gestão da dor no doente crítico, uma vez que a prescrição de terapêutica analgésica para o alívio sintomático da dor é influenciada pela avaliação sistemática e regular da dor por parte dos enfermeiros (Rose et al., 2011).

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde (2003) instituiu a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (Devlin et al., 2018; European Society for Emergency Medicine, 2019; Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem, 2008).

Estudos internacionais demonstram que 50 a 65% dos doentes internados sentiram dor e destes, cerca de 15% referiram dor de intensidade moderada a severa durante mais de metade do tempo de internamento hospitalar. Persiste uma tendência para a subvalorização da intensidade da dor dos doentes críticos (Desbiens et al., 1996; Walder & Tramèr, 2004). Embora as recomendações de sociedades científicas, a adequada avaliação da dor nas UCI não é consensual e a aplicação de instrumentos validados não é frequente (Pardo, Munoz, & Chamorro, 2006).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos no âmbito do plano nacional de avaliação da dor (PNAD) realizou um diagnóstico e procurou conhecer como se avaliava a dor do doente crítico internado nas unidades de cuidados intensivos (UCI) portuguesas. Verificou que 8% das UCI não avaliavam a dor do doente crítico nem a resposta à terapêutica analgésica. Verificou ainda que apenas 25% das UCI

utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequadas à pessoa em situação crítica (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012).

O enfermeiro que presta cuidados à PSC está em posição de observar imediatamente as mudanças no paciente e, assim, impedir o desenvolvimento de complicações que afetam a recuperação. Como muitos outros aspetos do cuidado, os sintomas, avaliação e tratamento da dor são de particular importância nestes doentes. A dor é uma manifestação fisiológica que acompanha o indivíduo durante o processo de nascimento, ao longo do crescimento e desenvolvimento, na doença e na morte. A dor é a condição subjetiva mais importante e mais comum que leva os indivíduos a buscarem ajuda dos profissionais de saúde. É por essa razão que a avaliação da dor depende muito da relação enfermeiro-paciente (Aslan, Badir, & Selimen, 2003).

### **Questão de investigação**

Foi formulada a seguinte questão de investigação em formato PICO:

Qual é a intervenção do enfermeiro (I) na gestão da dor (O) na pessoa em situação crítica (P)?

### **Objetivo**

Identificar, analisar e sintetizar as intervenções do enfermeiro na deteção, avaliação, monitorização e controlo da dor, visando a gestão da dor na PSC.

## **METODOLOGIA**

### **Estratégia de pesquisa**

A pesquisa terá como finalidade, encontrar trabalhos publicados nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Terá também em consideração a pesquisa de trabalhos não indexados/publicados disponíveis em bibliotecas e literatura cinzenta. No que diz respeito à pesquisa nas bases de dados, primeiramente serão usados termos de pesquisa em linguagem natural, tendo como base algumas palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo para a identificação dos descritores específicos de cada uma das bases de dados. Foram já considerados os seguintes

termos/palavras: critically ill patients (P), critical illness (P), critical patient (P), nursing skills (I), nursing care (I), pain measurement (O), pain management (O), pain control (O).

### Procedimentos metodológicos de revisão integrativa

Na sequência dos resultados obtidos pelo cruzamento (OR ou AND) das palavras-chave/descriptores específicos, será realizada uma leitura do título e resumo dos artigos e excluídos os que não correspondam ao objetivo do estudo e aos critérios de inclusão e exclusão. Numa segunda fase será realizada ou leitura integral dos artigos considerados adequados na fase anterior e confirmada a sua pertinência para a temática em estudo, bem como aplicados os critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1).

**Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão**

<b>Critérios de inclusão</b>		<b>Justificação</b>
Participantes	Doente em situação crítica com idade igual ou superior a 18 anos	Existem escalas de uso exclusivo para crianças pela variabilidade de comportamentos à dor (Sarmiento et al., 2013).
Intervenção	Estudos que mencionem a intervenção do enfermeiro na gestão da dor.	São competências do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica: “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 429/2018, 2018).
Documentos	Serão considerados para esta revisão, todos os tipos de documentos, publicados ou não publicados, a que se tenha acesso e façam referência à gestão da dor.	Obter a melhor evidência disponível acerca da temática em estudo. A gestão da dor implica a deteção, avaliação, monitorização, controlo, ensinos à pessoa e da família e o registo das intervenções (Yüceer, 2011).

<b>Crêterios de exclusão</b>	<b>Justifica�o</b>
Todos os documentos publicados antes do ano de 2003	Ano em que a dor foi, pela primeira vez, valorizada e equiparada aos restantes sinais vitais, no que diz respeito � necessidade de vigilância e registo sistemático (Dire�o-Geral da Saúde, 2003).
Todos os artigos que não contemplem os cr�terios de inclusão	

### **Síntese e apresenta o de resultados**

Selecionados os artigos para inclusão na revisão, será efetuada a extra o dos resultados, com recurso a uma tabela de análise (Tabela 2) enquadrada no objetivo delineado para esta revisão integrativa da literatura, que permitirá um resumo descritivo e lógico dos resultados.

A informa o   recolhida de acordo com as seguintes categorias:

- ✓ Autor(es);
- ✓ Ano de publica o;
- ✓ Título do artigo;
- ✓ Questão/Objetivos;
- ✓ Metodologia/métodos;
- ✓ Resultados e principais conclusões;
- ✓ Limita es e recomenda es.

A tabela será desenhada e estruturada de acordo com as recomenda es do Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2017). Esta tabela   modificável, estando sujeita a adapta es e melhoramento no decorrer do processo de extra o dos resultados encontrados (Whittemore & Knaf, 2005).

A extra o de resultados deve ser efetuada por, pelo menos, dois revisores independentes.

### **Tabela 2 – Análise artigos**

Título/Autor /Ano	Características metodológicas	Questão/ Objetivos	Resultados/ Conclusões	Limitações/ Recomendações

### Conflito de interesses

Os revisores consideram não existir conflitos de interesses.

### Referências bibliográficas

- Aslan, F., Badir, A., & Selimen, D. (2003). How do intensive care nurses assess patients' pain? *Nursing in Critical Care*, 8(2), 62–67. doi:10.1046/j.1478-5153.2003.00006.x
- Delgado, S. A. (2020). Managing pain in critically ill adults. *American Journal of Nursing*, 120(5), 34–42. doi:10.1097/01.NAJ.0000662808.81949.d6
- Desbiens, N., Wu, A., Broste, S., Wenger, N., Connors, A., Lynn, J., ... Fulkerson, W. (1996). Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults. *Critical Care Medicine*, 24(12), 1953–1961. doi:10.1097/00003246-199612000-00005
- Devlin, J., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D., Slooter, A., Pandharipande, P., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825–873. doi:10.1097/CCM.00000000000003299
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Dor como 5º sinal vital - registo sistemático da intensidade da dor. *Circular normativa nº 09/DGCG de 14/06/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Comissão Nacional do Controlo da Dor.
- European Society for Emergency Medicine. (2019). Guidelines for the management of acute pain in emergency situations. Aartselaar: European Society for Emergency Medicine.

- International Council of Nurses. (2015). *CIPE - classificação internacional para a prática de enfermagem*. (Ed. Ordem dos Enfermeiros) (Versão 2015). Loures: Lusodidacta.
- Joanna Briggs Institute. (2017). *Checklist for systematic reviews and research syntheses*. Retrieved March 1, 2020, from [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
- Join Commission Internacional. (2016). *International patient safety goals* (6<sup>a</sup> ed). Illinois: The Join Commission.
- Kopf, A., Patel, N. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle: IASP Press®.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. (2008). *Dor - guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papathanassoglou, E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L., & Kyprianou, T. (2018). Effects of an integrative nursing intervention on pain in critically ill patients: a pilot clinical trial. *American Journal of Critical Care*, 27(3), 172–185. doi:10.4037/ajcc2018271
- Pardo, C., Munoz, T., & Chamorro, C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 32, 38–44. doi:10.1016/s0210-5691(06)74552-1
- Pinho, J., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados: plano nacional de avaliação da dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Ponce, P., & Mendes, J. (2015). *Manual de medicina intensiva*. Lisboa: Lidel.
- Regulamento n.º 361/2015. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série(123) 17240 – 17243. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>.
- Regulamento n.º 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série (135) 19359 - 19370. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>

- Rose, L., Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., Fraser, M., Pinto, R., ... Watt-Watson, J. (2011). Survey of assessment and management of pain for critically ill adults. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(3), 121–128. doi:10.1016/j.iccn.2011.02.001
- Sarmiento, P., Fonseca, C., Marcos, A., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatório em cirurgia ambulatória. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 22(2), 35-43. doi:10.25751/rspa.3531
- Shaikh, N., Tahseen, S., Zeesan, Q., Al-Ameri, G., Ganaw, A., Chanda, A., ... Kazi, T. (2018). Acute pain management in intensive care patients: Facts and figures. In N. Shallik (Ed.), *Pain Management in Special Circumstances*. (pp. 59–71). doi:10.5772/intechopen.78708
- Sutari, M., Abdalrahim, M., Hamdan-Mansour, A., & Ayasrah, S. (2014). Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(8), 726–732.
- Teixeira, J. M. (2016). *A pessoa em situação crítica com dor: intervenção especializada de enfermagem*. (Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/16487>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing: diagnosis and management* (7<sup>a</sup> ed). St. Louis: Elsevier.
- Vincent, J., Abraham, E., Moore, F., Kochanek, P., & Fink, M. (2017). Management of acute pain in the intensive care unit. In Vincent, J. & Moore, F. (Eds.). *Textbook of critical care* (7<sup>a</sup> ed) (pp. 11-15). Philadelphia: Elsevier.
- Walder, B., & Tramèr, M. (2004). Analgesia and sedation in critically ill patients. *Swiss Medical Weekly*, 134, 333–346.
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2, 474–478. doi:10.5799/ahinjs.01.2011.04.0100

**Apêndice II – Cronograma do 3º semestre**

3º SEMESTRE	Anos	2019														2020								
	Meses	set	outubro					novembro				dezembro					janeiro				fevereiro			
	Dias	23 27	30 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4 8	11 15	18 22	25 29	2 6	9 13	16 20	23 3	3	6 10	13 17	20 24	27 31	3 7	10 14	17 21	24 28
Aulas																								
Serviço de Urgência Hospital de Lisboa																								
Unidade Queimados Hospital de Lisboa																								
Relatório de Estágio																								

**Apêndice III – Formação de Avaliação da Dor: Plano de sessão**

## PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

**Tema:** Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica adulta.

**Data:** 12 de novembro de 2019 / **Hora:** 16:20h

**Duração da sessão:** 10 minutos

**Local:** Serviço de Urgência

**Formador:** João Joaquim

**Destinatários:** Enfermeiros do serviço de urgência

### 2. OBJETIVOS

#### Objetivos gerais:

- Desenvolver competências na avaliação e monitorização da dor na pessoa em situação crítica adulta no serviço de urgência;
- Compreender a importância da avaliação e monitorização da dor, na gestão da dor na pessoa em situação crítica adulta no serviço de urgência.

#### Objetivos específicos:

- Reconhecer a importância da avaliação correta da dor na pessoa em situação crítica, contribuindo para a qualidade dos cuidados;
- Selecionar os instrumentos de avaliação mais adequados, tendo em conta o tipo de pessoa e critérios e aplicabilidade, bem como a sua disponibilidade no serviço;
- Reconhecer a importância dos registos de enfermagem na continuidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica adulta no serviço de urgência.

### 3. ASPETOS A CONSIDERAR

<b>ETAPAS</b>	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RECURSOS PEDAGÓGICOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos da sessão</li> <li>- Pertinência do tema</li> </ul>	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Apresentação powerpoint</li> </ul>	Questões aos formandos	2 minutos
<b>Enquadramento teórico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de PSC</li> <li>- Definição de dor</li> <li>- Gestão da dor na PSC</li> <li>- Avaliação da dor (instrumentos de avaliação disponibilizados no serviço)</li> </ul>	Método expositivo e interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Apresentação powerpoint</li> </ul>	Questões aos formandos	5 minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese final</li> <li>- Ênfase nos pontos-chave</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>	Método expositivo e interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Apresentação powerpoint</li> </ul>	Questões aos formandos	3 minutos

## **Apêndice IV – Formação de Avaliação da Dor: Apresentação**

9º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem à  
Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular de Estágio com relatório

# Avaliação da Dor na Pessoa Adulta em Situação Crítica

Aluno: João Joaquim

Enfermeiro orientador: [REDACTED]

Professor orientador: Professora Maria Teresa Leal

Professor co-orientador: Professora Joana Teixeira

12 de novembro, 2019

Serviço de Urgência

## Objetivos

- **Objetivos gerais:**
  - Desenvolver competências na avaliação e monitorização da dor na pessoa em situação crítica adulta no serviço de urgência;
  - Compreender a importância da avaliação e monitorização da dor, na gestão da dor na pessoa em situação crítica adulta no serviço de urgência.
- **Objetivos específicos:**
  - Conhecer critérios de aplicabilidade das escalas de monitorização da dor, disponibilizadas no serviço;
  - Registrar adequadamente a avaliação e monitorização da dor, em função do instrumento utilizado e especificidade do doente.

**Apêndice V – Formação de Avaliação da Dor: Questionário de Avaliação**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

### 1. Identificação da sessão de formação

**Tema:** Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica adulta.

**Data:** 12 de novembro de 2019

**Hora:** 16:20h

**Local:** Serviço de Urgência

**Formador:** João Joaquim

**Destinatários:** Enfermeiros do serviço de urgência

Para responder ao questionário utilize uma escala de 1 a 4, tendo em conta que:  
1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – concordo; 4 – concordo totalmente

### 2. Apreciação global

	1	2	3	4
Os objetivos da sessão foram claros				
Os conteúdos da sessão foram adequados aos objetivos				
A duração e estrutura da sessão foi adequada				
O relacionamento entre os participantes foi positivo				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados				

### 3. Avaliação do impacto da formação

	1	2	3	4
Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos				
O conteúdo desta sessão é útil para o exercício das minhas funções				
Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para a melhoria do meu desempenho profissional				
Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar a qualidade dos cuidados prestados				

#### 4. Avaliação do formador

	1	2	3	4
O formador revelou dominar os temas abordados na sessão				
A metodologia aplicada na sessão foi adequada				
A linguagem utilizada na exposição dos temas foi clara				
O empenho demonstrado no desenvolvimento dos temas foi adequado				
A capacidade de empatia / relacionamento com os participantes foi positiva				

#### 5. Observações / Sugestões / Críticas:

Obrigado.

João Joaquim

## **Anexos**

## **Anexo I – Escala Visual Numérica**

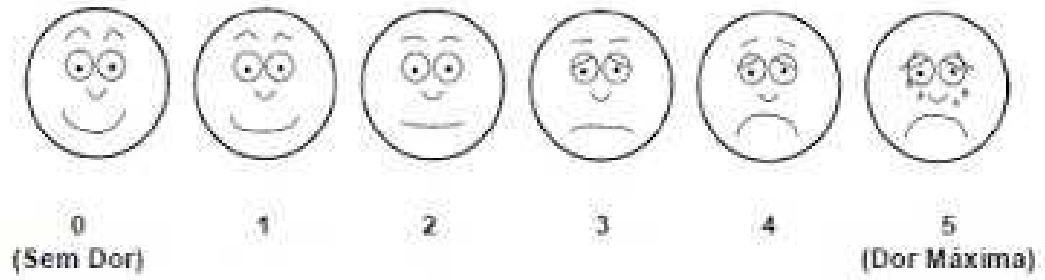
**Escala Visual Numérica (Adaptado de Direção-Geral da Saúde, 2003)**

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

## **Anexo II – Escala das Faces de Wong-Baker**

**Escala das Faces de Wong-Baker (Adaptado de Direção-Geral da Saúde, 2003)**

**Escala de Faces**



**Anexo III – Behavior Pain Scale (BPS)**

Behavior Pain Scale (Adaptado de BPS de Payen et al, 2001)

<b>Expressão facial</b>	
Relaxada	1
Parcialmente contraída	2
Completamente contraída	3
Fácies de dor	4
<b>Movimento dos membros superiores</b>	
Sem movimento	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Muito fletidos com flexão dos dedos	3
Totalmente contraídos ou rígidos	4
<b>Adaptação Ventilatória</b>	
Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádica	2
Desadaptado / bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

**Anexo IV – Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)**

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD adaptado de Batalha et al, 2012)

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stok	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou Ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

**Anexo V – Certificado do Curso ATLS/ATCN**



Continuing Education Certificate  
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care  
for Nurses<sup>®</sup>**  
Student Course

LISBOA

15, 16 e 17 de março de 2019

JOÃO MIGUEL CUNHA JOAQUIM

---

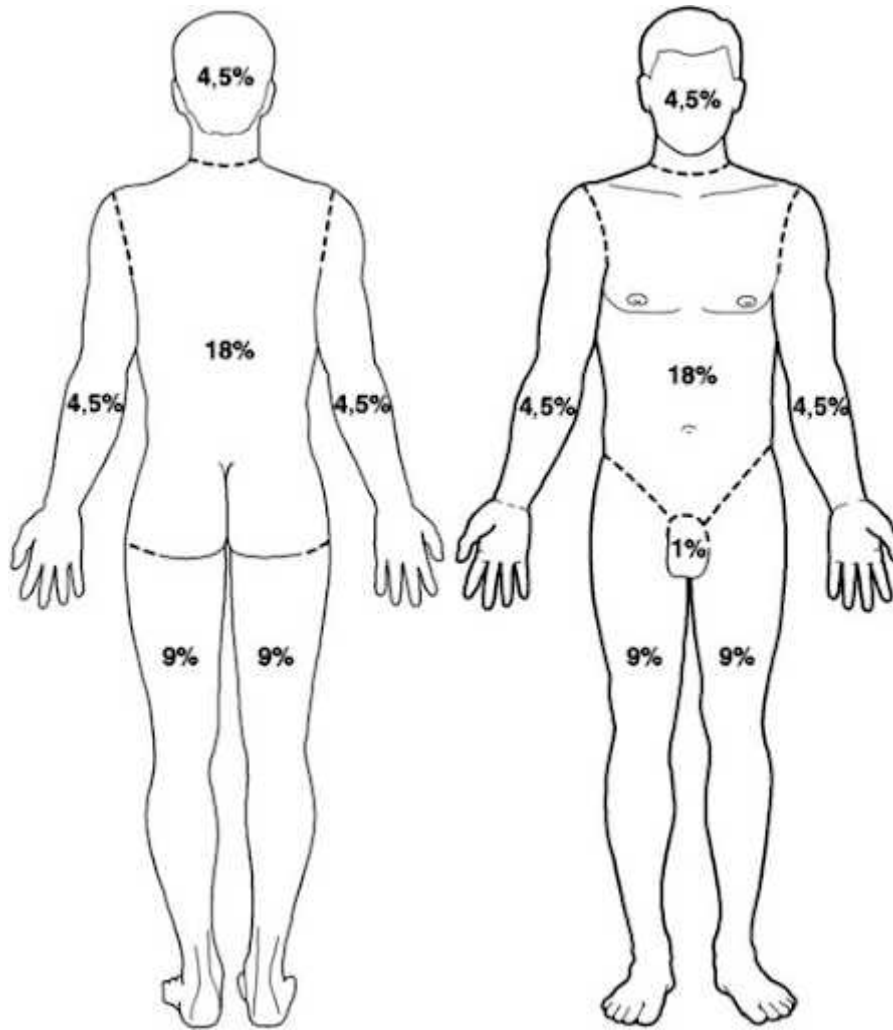


Cândida Durão  
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

**Anexo VI – Avaliação Superfície Corporal Queimada: Regra dos nove**

**Avaliação Superfície Corporal Queimada: Regra dos nove (Urden et al., 2014)**



## **Anexo VII – Método de Lund and Bronder**

## Cálculo da Superfície Queimada Regra de Lund Browder

Idade em anos	0 - 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15	Adulto
<b>Área %</b>						
Cabeça	19	17	13	11	9	7
Pescoço	2	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Nádega direita	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Nádega esquerda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Genitália	1	1	1	1	1	
Braço direito	4	4	4	4	4	4
Braço esquerdo	4	4	4	4	4	
Antebraço direito	3	3	3	3	3	3
Antebraço esquerdo	3	3	3	3	3	3
Mão direita	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Mão esquerda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
Coxa direito	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
Coxa esquerda	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
Perna direita	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
Perna esquerda	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
Pé direito	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2
Pé esquerdo	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2