

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Gestão da Dor do Doente Inconsciente
no Serviço de Urgência**

Margarida Maria Ramos de Matos e Froufe dos Santos

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Gestão da Dor do Doente Inconsciente

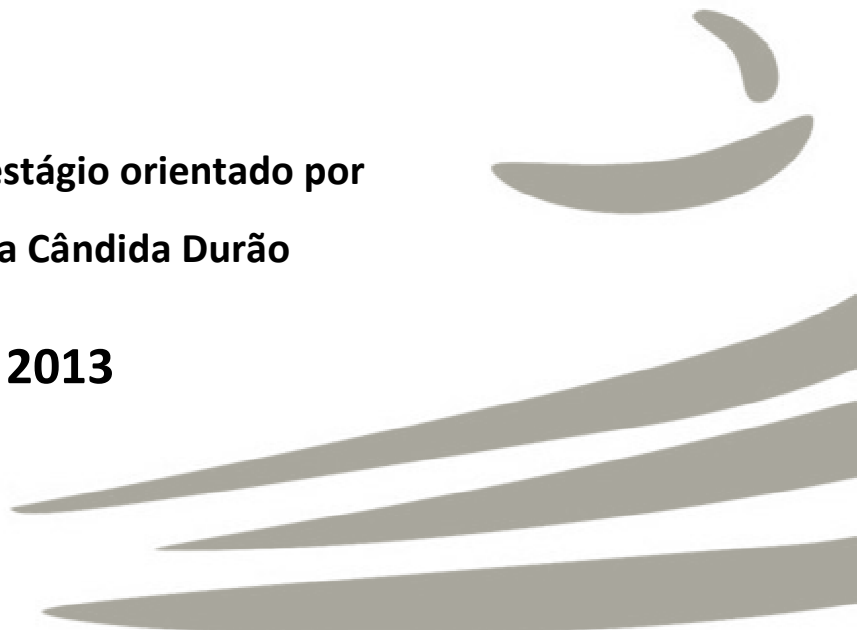
no Serviço de Urgência

Margarida Maria Ramos de Matos e Froufe dos Santos

Relatório de estágio orientado por

Professora Cândida Durão

2013



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPS – Behavioral Pain Scale

CCI – Comissão Controlo de Infecção

CPOT – Critical-care Pain Observation Tool

DGS – Direção Geral de Saúde

ESCID – Escala Comportamentos Indicadores da Dor

FC – Frequência Cardíaca

GSC – Glasgow Coma Score

IACS – Infecção Adquirida nos Cuidados de Saúde

IASP – International Association for Study of Pain (Associação Internacional para o Estudo da Dor)

ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation

JCAHO – Joint Commission for the Health Care Organizations

NVPS – Non Verbal Pain Scale

O₂ – Oxigénio

PNCDOR – Programa Nacional de Controlo da Dor

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

T – Temperatura

TA – Tensão Arterial

TAS – Tensão Arterial Sistólica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

RESUMO

O controlo da dor na pessoa doente é considerado um direito humano e um critério de qualidade na avaliação dos cuidados de enfermagem prestados. Considerando a dor como experiência individual subjetiva e multidimensional (Ordem dos Enfermeiros, 2008), a sua avaliação poderá estar comprometida no doente crítico devido à sua complexidade. O enfermeiro com competências especializadas na área da pessoa em situação crítica tem como finalidade cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2010), tendo como um dos objetivos “a *gestão diferenciada da dor e bem-estar (...) otimizando as respostas*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Este relatório pretende, de forma refletida e fundamentada, descrever o percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências, tendo como objetivo a prestação cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. A linha orientadora do percurso aqui descrito foi a gestão da dor no Doente Inconsciente no Serviço de Urgência. De salientar como principais contributos para o alcançar dos objetivos traçados e conseguinte melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, assim como o caminho percorrido na sensibilização para a temática no Serviço de Urgência. No entanto, todo o trabalho desenvolvido foi de extrema importância no processo de aprendizagem e aumento das competências especializadas. Tomando por base o modelo de Dreyfus na aquisição de competências aplicado à enfermagem apresentado por Benner (2001) considera-se que desenvolvidas competências na área de especialização na pessoa em situação crítica, tendo consciência de que não se será perita em todas elas.

Palavras-chave: Avaliação da dor; controlo da dor; doente Crítico; Enfermagem

ABSTRACT

Pain Control in the diseased person is considered a human right and a quality criterion in the evaluation of nursing care provided. Considering pain as an individual, subjective and multidimensional experience (Ordem dos Enfermeiros, 2008), the evaluation may be compromised in critically ill patient due to its complexity.

Nurses with specialized skills in the area of the person in critical condition aim to care the person experiencing the complex processes of critical illness and/or organ failure (Ordem dos Enfermeiros, 2010), having as a goal “*differentiated management of pain and welfare (...) optimizing the answers*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

This report aims to, in a reflective and founded order, describe the path for the acquisition and development of skills, aiming to provide specialized nursing care to the person in critical condition. The guideline to the journey described here was the management of pain in the Unconscious Patient in the Emergency Department. It is noted as the major contributors to achieving the goals set and therefore improve the quality of nursing care provided the activities developed during the internship in Polyvalent Intensive Care Unit, as well as the progress made in raising awareness to the issue in the Emergency Department. However, all the work was extremely important in the learning process and in the increase of specialized skills. Based on the Dreyfus model of skill acquisition applied to nursing presented by Benner (2001) considers to have developed skills in the area of specialization in person in critical condition, knowing that I will not be an expert in all of them.

Keywords: Evaluation of pain, pain management, critical ill; Nursing

Índice

INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2. ANÁLISE DO PERCURSO	25
2.1 Unidade Cuidados Intensivos Polivalente	26
2.1.1 Objetivos propostos e atividades desenvolvidas	27
2.2 Serviço de Urgência Geral	38
2.2.1 Objetivos propostos e atividades desenvolvidas	39
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
4. BIBLIOGRAFIA	45
6. ANEXOS	51
Anexo I – Algoritmo para o controlo da dor	
Anexo II – Poster Algoritmo SAV	
Anexo III – apreciações dos orientadores de estágio	
7. APÊNDICES	55
Apêndice II – Jornais de aprendizagem	
Apêndice III – Estudo de Caso	
Apêndice IV – sessão de formação UCIP	
Apêndice V – Questionário de diagnóstico de situação SU	
Apêndice VI – sessão de formação SU	

Apêndice VII – comunicação da apresentação da sessão de formação

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1. Compilação das escalas de Avaliação da Dor no Doente inconsciente identificadas22

INTRODUÇÃO

A formação é um processo essencial para a melhoria de qualidade dos cuidados, permitindo enfrentar a mudança e o desenvolvimento de flexibilidade e desenvolvimento de capacidades. (Martins & Franco, 2004) No artigo 88º do Código Deontológico é mencionado que o enfermeiro deverá *“manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.”*(Dec Lei Nº 104/98, 1998, pp. 1755, 1756)

De modo a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem que permitam uma evolução em crescente, como enfermeira especializada na abordagem do doente crítico e, em especial, no meu contexto de trabalho, ingressei no Mestrado em Enfermagem na área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que tem como finalidades:

desenvolver e reforçar as competências dos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas em situação crítica ou falência multiorgânica; Preparar os estudantes para uma compreensão fundamental dos problemas de saúde e doença contemporâneos, particularmente no que diz respeito ao atendimento em SU e UCI; Desenvolver uma área de especialização clínica, bem como competências na tomada de decisão permitindo assegurar resultados de qualidade nos sistemas de cuidados de saúde complexos.(ESEL, 2010)

A exercer funções num Serviço de urgência Polivalente desde 2000, o contacto com doentes que experienciam dor, independentemente do motivo, é uma realidade frequente. Ao longo destes anos, a dor experienciada pelos doentes foi-se tornando uma preocupação que era partilhada por outros colegas do serviço e foi formado um grupo de trabalho com o objetivo de abordar, estudar e promover uma melhoria de cuidados na avaliação e gestão da dor no doente consciente, tendo já recolhido e analisado os dados dos diversos serviços da instituição e estando a preparar a sua apresentação. No entanto, também o doente inconsciente pode experienciar dor, surgindo a questão de como a avaliar, gerir e monitorizar o resultado das intervenções empreendidas.

A gestão da dor é um direito humano fundamental e *“a melhor evidência disponível indica uma grande lacuna entre uma compreensão cada vez mais sofisticada da fisiopatologia*

da dor e insuficiência generalizada do seu tratamento.” (Brennan, Carr, & Cousins, 2007, p. 205). Esta questão surge uma vez que a *“prática é muitas vezes conduzida por mitos e preconceitos em vez de conhecimento baseado na evidência.”* (Wilson, 2007, p. 1012)

“O modelo biomédico de doença centra-se na fisiopatologia ao invés da qualidade de vida, reforça atitudes enraizadas que marginalizam o controlo da dor como uma prioridade” (Brennan, Carr, & Cousins, 2007, p. 205). Ao encarar a enfermagem como uma ciência humana do cuidar, é necessário reforçar que *“cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento, (...), oferece a promessa da preservação do humano na sociedade.”* (Watson, 2002, p. 55) Tendo em consideração esta premissa a Pessoa é tida como mais que a soma das partes, é um ser *“inteiramente funcional e integrado”* (Watson, 2002, p. 29). A dor não pode assim ser encarada apenas como sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, tem de ser enfrentada como um mal-estar que causa desarmonia à Pessoa quebrando a unidade mente, corpo e alma. Segundo Watson (2002) a *“visão de saúde foca-se na totalidade da natureza do individuo, no seu domínio físico, social, estético e moral – em vez de alguns aspetos do comportamento humano e fisiologia.”* (Watson, 2002, p. 86)

Na consulta dos critérios de acreditação hospitalar, pela Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations, a dor é um dos parâmetros referidos, e:

todos os doentes internados e de ambulatório são monitorizados e avaliados pela dor quando a dor está presente (...) são reavaliados em intervalos com base na sua condição e tratamento, para determinar a sua resposta o tratamento e ao plano para a continuação do tratamento (...) (JCAHO, 2011, p. 76)

De modo a alcançar uma prestação de cuidados de excelência são exigidos aos enfermeiros conhecimentos adequados, habilidades e atitudes em relação à dor, da sua avaliação e gestão (Wood, 2008). Parece-me assim pertinente abordar esta temática, desenvolvendo em especial a competência de uma gestão diferenciada e eficaz da dor no doente crítico, motivo pelo qual direcionei o meu projeto para a avaliação e controlo da dor no doente inconsciente e que contemplou um estágio em dois contextos.

O primeiro foi efetivado numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, de modo a promover o processo do desenvolvimento e aquisição de competências de enfermagem diferenciadas, em especial do enfermeiro perito em pessoa em situação crítica. Este caminho possibilita a evolução, de uma forma consciente, pelos estadios sucessivos de

aquisição de competências estabelecidos por Benner (2001), alcançando o nível de competente numa área e de proficiente e perito noutras, considerando que o nível de enfermeiro competente é aquele onde este se apercebe de forma consciente dos seus atos, é capaz de atuar perante muitos dos imprevistos mas sem a rapidez ou maleabilidade do enfermeiro proficiente (Benner 2001). O enfermeiro proficiente, segundo Benner *“apercebe-se das situações como uma globalidade (...) e as suas acções são guiadas por máximas. (...) Aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão ocorrer numa determinada situação”* (Benner, 2001, pp. 54, 55). O nível de perito é aquele onde o enfermeiro: *“(...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (...)”* (Benner, 2001, p. 58). O segundo foi desenvolvido no meu contexto de trabalho onde se pretendeu sensibilizar toda a equipa para esta temática, relembrando e/ou dando a conhecer conceitos, meios de avaliação e gestão no controlo da dor no doente crítico. Pretendi também promover o desenvolvimento de outras competências, como a formação, de maneira a haver uma melhoria de cuidados, tentando otimizar a resposta da equipa multiprofissional, promovendo *“the dance of caring person”* (Boykin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005), uma vez que a gestão desta temática é inerente a todos, na medida em que, com o trabalho em equipa, onde cada pessoa é válida, respeitada e tida em conta nas suas funções especializadas, se consegue promover a melhoria dos cuidados prestados ao doente a vivenciar um processo de dor no contexto de doença crítica e/ou em falência orgânica.

Assumindo como instrumento de desenvolvimento profissional a prática reflexiva, foi elaborado o relatório de estágio onde pretendo explicar o meu percurso na aquisição de competências enquanto enfermeira especializada na Pessoa em Situação Crítica definindo como objetivos do mesmo: descrever o percurso efetuado e analisar as atividades desenvolvidas e como permitiram o meu desenvolvimento na melhoria dos cuidados prestados.

Será abordada, inicialmente, a pertinência do tema escolhido com um enquadramento da problemática da dor através da pesquisa da literatura, em busca da evidência para a prática, abordando também os conceitos de doente crítico e/ou em falência orgânica. Posteriormente serão descritos os objetivos que me propus alcançar, as atividades

executadas para os mesmos, realizando em conjunto uma reflexão crítica do meu desempenho ao longo dos estágios efetuados, de modo a ser um momento de análise sobre o processo. Deste modo promove-se um momento de avaliação, verificação do desenvolvimento e aquisição das competências, contempladas no meu curso de mestrado, consequentemente atingindo a finalidade proposta inicialmente de desenvolver competências de Enfermagem na abordagem do doente inconsciente com dor. No final, apresento a análise do trabalho realizado e foco as implicações futuras para a minha prestação de cuidados de enfermagem diária.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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 cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão (IASP, 2011). *“afeta pessoas de todas as faixas etárias, independentemente do estado social, económico e cultural, produzindo sofrimento, frequentemente, intolerável e evitável* (Sousa, 2009, p. 20). Em complemento, Metzger (2002) refere que a dor é um dos sintomas que reflete maior carga negativa a nível fisiológico e emocional devendo ser entendida como fenómeno global e encarada mediante uma perspetiva holística. Ideia reforçada pela Direção Geral de Saúde (DGS) que refere

(...) a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais da dor, mas também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa. (Direcção Geral de Saúde, 2008, p. 6)

A dor é uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade. (Ordem dos Enfermeiros, 2008) Czarnecki e outros (2011), mencionam, na sua declaração sobre a prática clínica na gestão da dor durante os procedimentos, que as influências culturais podem afetar como a pessoa experiencia dor. Benner e Wrubel (1989) vão de encontro a estas definições ao considerarem a dor como uma experiência individual e privada incorporada pelo *self*, que se constrói ao longo do percurso de vida da pessoa através de um conjunto de significados, hábitos e perspetivas do contexto cultural em que a mesma está situada.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.”* (WHO, 1946, p. 1). Segundo Brennan e outros, o controlo adequado da dor encaixa na perfeição neste conceito de saúde, assumindo deste modo que o controlo da dor é um direito fundamental para os mais altos padrões possíveis de saúde (Brennan, Carr, & Cousins, 2007). Este autores fazem também referência às decisões resultantes da aliança assinada para os direitos do nível mais elevado atingível de saúde pelo Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (ICESCR das Nações Unidas) quando referem que entre as obrigações fundamentais, e relacionado com a gestão da dor, *“seria*

obrigar as nações a garantir acesso universal aos serviços de gestão de dor, (...), bem como a adoção e implementação de uma política nacional da dor” (Brennan, Carr, & Cousins, 2007, pp. 213,214)

A DGS criou, em 1999, um Grupo de Trabalho para a Dor, demonstrando e reconhecendo a importância desta temática. Da existência deste Grupo e em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor nasceu um documento que define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor, o Plano Nacional de Luta contra a Dor (PNLCD). Criado em 2001, tinha como horizonte temporal para cumprimento de objetivos e metas 2007, no entanto e segundo a DGS, embora com uma evolução positiva não seria possível cumprir o estipulado devido às várias alterações nas estruturas hospitalares do País. Sendo assim, partindo do PNLCD e da experiência adquirida, em 2008 é emitido o novo Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDOR). Este Programa apresenta como princípios orientadores a subjetividade da dor, a equiparação desta a um 5º sinal vital, o direito ao controlo da dor, o dever do seu controlo e o tratamento diferenciado. A Enciclopédia da Saúde do Portal da Saúde, publicada pelo ministério para esclarecimentos da população em geral, relembra que a

dor pode e deve ser tratada, com perspetivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis. (Ministério da Saúde, 2005)

A Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde nº 09/DGCG de 14/06/2003 equipara a dor ao 5º Sinal Vital, de modo a que a sua avaliação seja incorporada e realizada de modo sistemático e regular com os restantes parâmetros vitais.

Seguindo a premissa de promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados, bem como desenvolver, controlar e regular o exercício dos profissionais de enfermagem e reconhecendo a necessidade de ampliar e uniformizar os cuidados à pessoa com dor, também a Ordem dos Enfermeiros em 2005 inicia uma parceria com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, publicando em 2008 o Guia Orientador de Boa Prática relacionado com esta temática. Neste documento é referida a importância da abordagem por toda a equipa na avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, ressaltando no entanto, que *“enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto,*

os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11)

No entanto, embora a dor tenha sido considerada um factor importante e de agravamento de complicações dos doentes nas UCI, a sua gestão ainda não é considerada uma prioridade para a equipa (Blenkarn, Foughnan, & Morgan, 2002). A mesma conclusão foi retirada por Swearinger e Keen (2005) ao mencionarem que vários são os trabalhos que referem que a dor em ambiente de cuidados críticos é frequentemente subvalorizada, constituindo-se como um problema para a equipa de cuidados.

Embora esta seja uma realidade estudada, maioritariamente em contexto de unidades de cuidados intensivos, é também verificado no serviço de emergência e urgência geral, sendo o mesmo referido por McManus e Harrison em 2005, onde mencionam que o *“volume e a gravidade dos problemas relacionados com a dor fazem do controlo da dor uma habilidade fundamental em medicina de emergência e ainda há evidência que a dor é tratada inadequadamente no serviço de emergência.”* (McManus & Harrison, 2005)

Esta ideia permanece presente no trabalho de Calil e Pimenta de 2008, publicado em 2010, onde é feita menção de que *“as repercussões orgânicas do processo algico intenso são subestimadas por médicos e enfermeiros”* (Calil & Pimenta, 2010, p. 54)

Várias barreiras são referidas nos estudos para que não seja feita uma gestão adequada da dor. Brennan, Carr e Cousins (2007), citando Warfield (1995), referem que ainda presiste a crença de que *“a dor é uma parte inevitável da condição humana”* (Brennan, Carr, & Cousins, 2007, p. 208) e apontam como exemplos de mitos quer dos profissionais quer dos doentes, a ideia persistente de que a presença de dor é necessária e benéfica para diagnosticar e de que os “bons doentes” não se queixam. Segundo Wood (2008), essas barreiras vão desde competências e conhecimento inadequado sobre a dor, a pouca documentação sobre dor, avaliação, controlo e reavaliação e o mito e concepção da ideia de adição à medicação analgésica. No guia para enfermeiros na aquisição de competências do controlo da dor é feita referência a estes e outros mitos, é mencionado que entre os mitos mais comuns para a ineficácia deste controlo se encontram

demasiada medicação e frequente causa adição e resulta em depressão respiratória; a dor deverá ser tratada e não prevenida; as pessoas reportam sempre a sua dor; demonstram sempre a sua dor, a dor do doente pode ser detectada pelo seu comportamento; o grau de dor é frequentemente exagerado pelo doente; o doente não pode ser aliviado da sua dor na totalidade; algumas dores são boas de modo a não mascarar os sintomas do doente e

ainda que, os recém – nascidos não tem dor e é expectável que os idosos tenham alguma dor. (Board of Nursing, 2010)

Fosnocht, Swanson, & Barton(2005), em relação ao SU, apontam como motivo para um mau controlo da dor no serviço de urgência, a falta de pesquisa, documentação e *guidelines* para o profissional de emergência, como também referem uma resistência encontrada: o próprio SU, o seu ambiente e o número de interrupções pelas múltiplas tarefas ou doentes em simultâneo, mas acrescentam, tendo em conta os resultados de um estudo publicado em 2003 por Hollifield, Fosnocht e Swanson, que não havia diferenças entre o número de doentes que tinha controlo da dor e o aumento ou decréscimo do rácio profissionais/doentes, o que os leva a concluir que o excesso de trabalho de um SU é uma “desculpa medíocre” (Fosnocht, Swanson, & Barton, 2005, p. 300) para não ser efectuado o alívio da dor. Mencionam ainda o medo de uso de analgésicos opioides e o mito de que o doente que não cede à analgesia tem suspeita de ser um doente com comportamentos aditivos. Czarnecki e seus colaboradores, em 2011, identificam como obstáculo a inexistência de *guidelines* ou políticas hospitalares, uma má comunicação entre os vários profissionais de saúde e falta de cooperação (Czarnecki & al, 2011). As ideias anteriores vão de encontro aos estudos que referem que a dor é frequentemente subvalorizada, que ainda não há um conhecimento adequado sobre a mesma e em simultaneo deixam transparecer uma realidade por mim percebida enquanto enfermeira integrada numa equipa multiprofissional, os profissionais estão maioritariamente centrados nas tarefas individuais e/ou autónomas apresentado dificuldades em trabalhar em equipa. A existência de grupos de trabalho multiprofissionais que levem à criação de *guidelines*, instituindo um política hospitalar para uniformizar comportamentos é um modo de minimizar ou mesmo anular alguns dos obstáculos existentes, exemplo disso são os protocolos de terapêutica existentes ou as folhas de registos uniformizadas e padronizadas.

Wilson (2007), menciona, ao citar Brockopp e outros (1998)

que as barreiras à gestão eficaz da dor são mais complexas do que a falta de conhecimento por parte dos prestadores de cuidados de saúde, sugerindo que a educação não é adequada quando comportamentos inadequados são mantidos por atitudes, problemas sociais e estruturais. (Wilson, 2007, p. 1019)

Catherine Le Galès-Camus, Assistente da OMS, refere em 2007 durante a conferência de apresentação do novo Guia de Cuidados Paliativos que *“O alívio da dor - física, emocional, espiritual e social - é um direito humano”* (Galés-Camus, 2007)

Czarnecki e outros (2011), acrescentam que o controlo da dor implica o cumprimento de vários princípios éticos como o da beneficência, não maleficência, justiça, autonomia ou veracidade e dignidade. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010) o enfermeiro especialista *“promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (Ordem do Enfermeiros, 2010). Também o Código Deontológico do Enfermeiro refere no artigo 79º que um dos deveres enquanto profissional é *“Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”* (Dec Lei Nº 104/98, 1998) Pettengill e Angelo (2006) mencionam que ao ter em conta o envolvimento das dimensões éticas no cuidar como a autonomia, justiça e benevolência, o enfermeiro minimiza a vulnerabilidade do doente.

“A vulnerabilidade é um processo dinâmico estabelecido pelas interações dos elementos que a compõem tais com idade, raça, etnia, pobreza, escolaridade, suporte social e presença de agravos à saúde.” (Nichita, Bertolozzi, Takahashi, & Fracoli, 2008) Perante este conceito, um doente com dor poderá ser considerado uma pessoa vulnerável; segundo McKinley e outros (2002), a vulnerabilidade do doente está relacionada com a sua extrema dependência e incapacidade de realizar as suas necessidades fundamentais e de estas terem de ser realizadas por terceiros, como um profissional da equipa de saúde. No mesmo estudo, é referido que a vulnerabilidade sentida pelos doentes diminui quando estes se sentem confortáveis e seguros. Assim, temos de ter em conta o estabelecimento de objetivos pessoais do doente e da família e a sua liberdade de escolha – princípio de autonomia,

o alcance do princípio bioético da autonomia é grande. Inclui o direito do paciente de ser informado sobre todos os aspectos da sua doença e tratamento e permite-lhes tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. Inclui ainda o dever de ouvir a queixa de um doente com dor, de fazer um esforço razoável para proporcionar alívio da dor, e para permitir a autonomia do paciente à autodeterminação dos cuidados médicos (Brennan, Carr, & Cousins, 2007, p. 217)

Esta ideia é reforçada por Czarnecki e colaboradores (2011), quando ao citarem Beauchamp & Childress (2001) referem que este princípio envolve o reconhecimento dos direitos da pessoa ter opiniões, fazer escolhas e tomar medidas com base em crenças e valores individuais.

O enfermeiro tem o dever de advogar o seu doente defendendo os seus direitos, cuidando e protegendo, uma vez que este se encontra numa situação de vulnerabilidade, como referido anteriormente – princípio de beneficência. Para Brennan, Carr, & Cousins (2007), aliviar a dor não é apenas uma questão de beneficência mas também faz parte do dever de impedir o dano, sendo tido em conta o princípio da não-maleficência. Como referem Czarnecki e seus colaboradores (2011), este princípio aplica-se

porque a dor, em especial a dor não aliviada, é prejudicial tanto fisicamente como psicologicamente. Dos profissionais de saúde é esperado a prática de fidelidade (cumprimento de promessas) e tratamento de paciente com dignidade, respeitando o paciente como uma pessoa única e importante (Czarnecki & al, 2011, p. 7)

Deve ser evitada a discriminação, assegurando a igualdade de direitos do doente e família em relação aos restantes, tendo em conta as suas necessidades no momento – princípio de justiça. Nas recomendações para a prática na gestão da dor aquando de procedimentos faz-se menção a que

a justiça obriga os enfermeiros e outros profissionais da saúde para oferecer o mesmo nível de cuidados a todos os procedimentos de pacientes que experimentam, independentemente da idade, gênero, cognição, raça, etnia, religião ou socioeconómica (Czarnecki & al, 2011, p. 7)

Para Watson (2002), cuidar é, por definição, o oposto de curar, distinguindo assim a Enfermagem da Medicina. Para esta autora, *“a enfermagem está interessada em compreender a saúde, a doença e a experiência humana.”* Nos seus postulados, a mesma autora refere que o cuidar consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas. Uma dessas necessidades é o conforto, como tal, proporcionar à pessoa a experiência da ausência ou minimização de dor.

O cuidar deve ser dirigido ao que importa para o doente; assim, de acordo com a teoria do *nursing as caring* (Boykin, Schoenhofer, Baldwin, & McCarthy, 2005), o enfermeiro dá suporte e sustentabilidade à pessoa no momento, mas ao mesmo tempo necessita ter conhecimentos e competências expressas pelo cuidar.

Sendo reforçada esta ideia por Benner, para quem a enfermagem deve ser encarada como *“uma prática do cuidar, cuja ciência é guiada pela arte moral e ética do cuidado e responsabilidade”* (Benner & Wrubel, 1989)

Ao encarar a Pessoa como um todo e um ser interpretativo de si mesmo, é necessário desenvolver estratégias que permitam conhecer o doente tendo em conta a sua cultura e o seu modo de compreender o mundo, de modo a poder oferecer à pessoa aquilo que ela pretende para alcançar o seu máximo de bem-estar.

Benner, no seu livro de Iniciado a Perito, estabelece no domínio de função de ajuda as competências face ao doente com dor, sendo elas:

Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza; (...) Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir; (...)A presença (estar com o doente); (...)Otimizar a participação do doente para que este controle a sua própria cura; (...) (Benner P. , 2001, pp. 81-87)

Segundo Benner (2001), baseando-se no modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem, a aquisição de competências pressupõe que o enfermeiro perito tenha uma enorme experiência, compreenda as situações e as apreenda de uma maneira intuitiva identificando o problema sem se perder nas várias soluções e diagnósticos, demonstrando um nível elevado de adaptabilidade e de competências. Ao alcançar o estágio 5 (perito) o enfermeiro atua, segundo a autora *“a partir de uma compreensão profunda da situação global”* (Benner P. , 2001, p. 58). Ao adquirir experiência neste domínio, a competência da avaliação e gestão da dor vai progredindo em crescente contribuindo para uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor.

A dor pode ser classificada relativamente quanto à sua natureza em crónica ou aguda, segundo McCaffery, citado por Trautman (2001) a dor crónica define-se como uma dor prolongada no tempo que pode ou não estar associada a uma doença ou causa conhecida. Segundo a American Chronic Pain Association, citada por Hansen, considera-se dor crónica aquela que *“continua para além do período habitual de recuperação de uma lesão ou uma doença. Pode ser contínua ou ir e vir.”* (Hansen, 2005, p. 307). Este autor menciona também o conceito da American Society of Anesthesiologist, que a define como sendo *“dor persistente ou episódica de uma duração ou intensidade que afeta*

adversamente a função ou o bem-estar do paciente, atribuível a qualquer etiologia não maligna” (Hansen, 2005, p. 307)

Pelo contrário, a dor aguda é limitada no tempo e encontra-se presente durante o período da causa/ doença a ela associada. (Trautman, 2001) *“Quando ocorre um dano agudo nos tecidos, reações neuroquímicas no local da lesão ativam as terminações nervosas livres de nervos especiais chamados nocirreceptores”* (Fink Jr, 2005, p. 277). Segundo Calil e Pimenta (2010) está relacionada com causas mecânicas, químicas ou térmicas, resultantes de processos de trauma ou infecciosos. Segundo estas autoras, a dor aguda pode causar alterações fisiológicas relevantes como a

elevação da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e respiratória, entre outras, que pode resultar em hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco e diminuição da perfusão sanguínea periférica. (Calil & Pimenta, 2010, p. 54)

Para além de envolver vários componentes inerentes à pessoa, a experiência de dor é, de acordo com Swearingen e Keen (2005), um fator de *stresse* que contribui para várias complicações como uma ventilação inadequada, imobilidade, depressão, privação do sono, entre outros. Mais especificamente, um não controlo da dor tem efeitos físicos multissistémicos, sendo exemplo disso o aumento da FC, TA, o aumento do consumo de O₂ pelo miocárdio, a diminuição de volumes respiratórios levando a um aumento de secreções retidas e hipoxémia, diminuição da motilidade intestinal, havendo libertação das hormonas de stress como catecolaminas e o cortisol e apresenta também alterações psicológicas como agravamento da ansiedade e insónias.

A avaliação da dor deve *“ser individualizada, contínua, quantificada, monitorizada e documentada (...) envolve componentes psicológicos, comportamentais e emocionais.”* (McManus & Sallee, 2005). Esta ideia surge também no Guia Orientador de Boa Prática da Ordem dos Enfermeiros, determinando com *“norma de boa prática, que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 9)

Para possibilitar o seu diagnóstico adequado, o seu controlo eficaz e posterior acompanhamento e avaliação, a dor, embora subjetiva, deverá ser quantificada. De modo a quantificar o nível de dor foram sendo desenvolvidas escalas para avaliação da mesma. No doente consciente a aplicação dessas escalas encontra-se facilitada pela comunicação existente e pela anulação da avaliação subjetiva de terceiros, uma vez que

é o próprio doente que atribui um valor para a sua dor. São exemplos dessas escalas a escala numérica de 0 a 10, ou a escala de fácies para uso pediátrico. A Ordem dos Enfermeiros apresenta no seu documento orientador de boa prática (Ordem dos Enfermeiros, 2008) um conjunto de escalas de modo a nortear o seu uso, qual a sua população alvo e a sua aplicabilidade, assim como o algoritmo para o controlo da dor. (Anexo I)

No doente crítico essa avaliação poderá estar comprometida, uma vez que muitas das vezes estão impossibilitados de comunicar verbalmente devido a vários fatores como inconsciência ou mesmo sedação induzida e entubação para proteção da via aérea e/ou ventilação.

A pessoa em situação crítica é aquela, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica,

cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

A SPCI define doente crítico como aquele em que, *“por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.”* (SPCI, 2008, p. 9)

Estes doentes, pela obrigatoriedade imprescindível de meios necessários, quer de monitorização quer de pessoal especializado nos cuidados específicos, bem como pela necessidade imediata de cuidados, dão entrada diariamente pelo SU, permanecendo nesse local até existência de vaga na UCI.

Em ambos os locais a experiência, a técnica e as capacidades de diagnóstico e tratamento estão integrados no cuidar e são indissociáveis do compromisso e do respeito pelo outro. A pessoa é cuidada momento a momento, mediante as suas necessidades e tratada como um todo nesse mesmo momento.

A disfunção ou falência de órgãos pode ser devida a uma variedade de causas como doença infecciosa, metabólica, tóxica ou trauma, podendo estar presentes alterações da consciência, o que impossibilita ou dificulta a comunicação. Estas alterações da consciência podem ser de vários níveis ou gravidade desde o doente confuso até ao coma, passando por estadios intermédios como a letargia, obnublação ou estado estuporoso (Uenishi, 2005).

Um doente consciente é aquele que tem um perfeito conhecimento de si próprio e do ambiente. Por oposto, inconsciência é um estado onde a pessoa não tem percepção tanto do *self* nem do ambiente, a pessoa é incapaz de responder a estímulos externos ou necessidades internas (Peate, 2009).

Para além de eventuais alterações de estado de consciência, o doente crítico experiencia dor com muita frequência e por diversas causas, não só associada à doença, mas também aos procedimentos clínicos a que está sujeito, sejam eles meios complementares de diagnóstico ou de tratamentos.

Como referido anteriormente, a experiência de dor é algo subjetivo, assim a melhor avaliação seria uma resposta verbal do doente. Herr e outros na sua declaração das recomendações da prática clínica na avaliação da dor nos doentes entubados e/ou inconscientes referem que

o auto relato de dor deve ser tentado, porém, a obtenção de uma avaliação de um doente crítico pode ser dificultado por delírio, limitação cognitiva e de comunicação, nível de consciência, a presença de um tubo endotraqueal, sedativos e bloqueadores neuromusculares” (Herr & al, 2006, p. 49)

Perante esta dificuldade, foram sendo criadas várias escalas de avaliação da dor e feitas as suas validações. Os mesmos autores, em 2006, mencionam que

embora nenhuma escala comportamental se tenha mostrado superior para o uso nesta população, as escalas testadas em outras configurações podem ser apropriadas (...) As escalas deverão ser testadas para assegurar que são fiáveis e válidas se usadas com uma população nos quais não têm sido estudadas (Herr & al, 2006, p. 49)

e fazem referência a duas escalas particulares dirigidas a doentes adultos, a Behavioral Pain Scale (BPS) e a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Pardos e outros referem que *“as escalas ideais de avaliação da dor devem ser simples, precisas, com variabilidade interpessoal mínima, devem discernir e quantificar a resposta ao tratamento da dor”*. Da revisão da literatura destacam-se estudos que pretendem a validação das escalas referidas anteriormente e também da Nonverbal Pain Scale (NVPS) e da Escala de Comportamentos Indicadores da Dor (ESCID).

A CPOT é uma escala constituída por quatro avaliações comportamentais que tem em conta a expressão facial, os movimentos do corpo e tensão muscular e por ultimo a compliance com o ventilador ou vocalização do doente conforme se está ou não entubado e ventilado, obtendo um total de 0 a 8 pontos (Gélinas & al, 2006). A NVPS inclui na sua

avaliação, além de parâmetros comportamentais, indicadores fisiológicos como os parâmetros vitais (FC, FR, TAS, SpO₂, T) ou a reação pupilar e existência de sudorese e padrão respiratório/ compliance com o ventilador. (Kabes, Graves, & Noris, 2009). Estes autores referem no seu estudo que estão descritas duas versões da NVPS, a primeira apenas validada uma vez e a segunda sem validação publicada até à data do artigo. A ESCID é uma escala adaptada da escala de Campbell, que não contemplava os doentes adaptados a ventilação mecânica. Nesta escala são tidos como indicadores parâmetros comportamentais (face, tranquilidade, tono muscular, compliance com o ventilador e a confortabilidade), é obtido um total entre 0 e 10 pontos, podendo ser equiparada com os valores da escala numérica do doente consciente (Marco, 2009). A escala comportamental de dor, BPS, é aplicada em doentes com alterações do estado de consciência, ou dificuldade na interpretação da escala numérica de avaliação da dor. Ferreira & al, no único estudo português encontrado durante a pesquisa, refere que a BPS é a *“que melhor se coaduna com a realidade, tornando-se mais acessível, prática e específica a quantificar a dor, efetuando desta forma uma hetero-avaliação.”* (Ferreira, Oliveira, Roque, & Baltazar, 2008, p. 26). Esta contempla três indicadores de avaliação: a expressão facial, o comportamento dos membros e a adaptação ventilatória, cada indicador com quatro parâmetros e respectivas pontuações (entre 1 e 4), sendo que a pontuação máxima de 12 (dor máxima) e a pontuação mínima 3 (sem dor).

Cade publica em 2008 um artigo de revisão onde compara a CPOT, a NVPS e a BPS: esta última demonstrava ter uma boa confiabilidade e validade, a CPOT embora com bons resultados não tinha ainda evidência para a prática clínica e a NVPS necessitava de maior desenvolvimento e mais estudo para ser considerada válida (Cade, 2008).

Segundo Li e seus colaboradores nenhum dos instrumentos para avaliação da dor em doentes críticos e inconscientes pode ser considerado *gold standard*, uma vez que na sua revisão dos estudos de evidência existam dois instrumentos (BPS e CPOT) que demonstrem validade e confiabilidade, não o são suficientemente para serem consideradas ferramentas sólidas a usar nestes doentes (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008).

A nível do contexto nacional, a SPCI criou o Grupo Avaliação da Dor que teve como objetivo uniformizar a avaliação da dor do doente adulto, submetido a ventilação mecânica, sedado e que não comunica de forma verbal e motora. Para tal realizou um

estudo que englobou 61 Unidades de Cuidados Intensivos do País, sendo que a escala BPS foi considerada a escala preferencial a utilizar no doente em situação crítica em comparação com a ESCID. No entanto, uma vez se desconhece a validação dos instrumentos para a realidade portuguesa, refere como segunda etapa do projeto a validação de ambas as escalas. (SPCI, 2012)

Escalas de Avaliação da Dor	Indicadores
BPS <u>Behavioral Pain Scale</u>	• <u>Expressão facial</u> • <u>Movimentos dos membros superiores</u> • <u>Compliance com o ventilador</u>
CPOT <u>Critical-Care Pain Observation Tool</u>	• <u>Expressão Facial</u> • <u>Movimentos do corpo</u> • <u>Tensão muscular</u> • <u>Compliance com o ventilador ou vocalização</u>
NVPS <u>NonVerbal Pain Scale</u>	<u>Comportamentais:</u> • <u>Expressão facial</u> • <u>Movimentos corporais</u> • <u>Posição de defesa</u> <u>Fisiológicos:</u> 1. <u>Alterações de parâmetros vitais (FC,TA,FR,SpO₂T)</u> 2. <u>Outros parâmetros fisiológicos (reação pupilar, sudorese, compliance com o ventilador)</u>
ESCID <u>Escala de Comportamentos Indicadores da Dor</u>	• <u>Face</u> • <u>Tranquilidade</u> • <u>Tónus muscular</u> • <u>Compliance com ventilador</u> • <u>Confortabilidade</u>

Quadro 1. Compilação das escalas de Avaliação da Dor no Doente inconsciente identificadas

A pesquisa efetuada aborda na sua grande maioria o contexto controlado na UCI, porém, e embora não se encontre bibliografia referente ao SU, esta é uma temática de extrema importância neste contexto. A existência de dor, para além de ser uma experiência sensorial desagradável tem influência na avaliação do doente e poderá interferir no diagnóstico correto do mesmo.

O alívio da dor é uma obrigação ética e moral, é dever do profissional de saúde e um direito do doente, que na presença de dor essa seja minimizada ou mesmo anulada. (Direcção Geral de Saúde, 2008) Segundo a Ordem dos Enfermeiros

o controlo da dor compreende as intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento, assim, sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença deve intervir na promoção de cuidados que aliviem ou reduzem para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 17)

Segundo Eler & Jaques *“a implementação de alívio à dor pelo enfermeiro pode ser alcançada por meios farmacológicos e não farmacológicos, mas a maior parte do sucesso será conseguida com uma intervenção de ambos”* (Eler & Jaques, 2006, p. 186)

A prestação de cuidados de enfermagem engloba intervenções autónomas e interdependentes, o enfermeiro é responsável pela administração da analgesia prescrita e pela implementação de medidas não farmacológicas para reduzir a dor.

Como referem Benner, Kyriadis e Stannard (1999), de modo a proporcionar bem-estar total da pessoa no que diz respeito ao controlo da dor, a analgesia deve ser administrada em conjunto com medidas de conforto básicas que se constituem como competências do enfermeiro, sendo que nenhum fármaco as poderá substituir.

Em relação às medidas farmacológicas é premente a existência de um trabalho de equipa, uma vez que a sua aplicação é interdependente, obriga à existência de uma prescrição ou até de um trabalho conjunto prévio para a elaboração de protocolos de actuação como os descritos no artigo de Ferreira, Oliveira, Roque, & Baltazar (2008), no contexto de UCI.

As medidas não farmacológicas, como referido anteriormente são adotadas autonomamente, Serrano (2009) refere que muitas das intervenções não farmacológicas são praticadas por profissionais na sua prática diária, tornam-se terapêuticas quando precedidas por avaliação cuidadosa, com objetivos bem definidos. Pode-se acrescentar que fazem parte do processo de cuidar, uma vez que se revelam intervenções que requerem uma intenção, uma vontade, uma relação com a pessoa doente e ações. Segundo Watson (2002) esta combinação é referida de fatores de cuidar, onde se salienta o ambiente sustentador, protetor e/ou correctivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente.

Segundo Sousa (2009) o enfermeiro pode atuar a três níveis, físico, cognitivo e emocional;

A aquisição e/ou desenvolvimento de competências nesta área é essencial para uma melhoria dos cuidados de enfermagem. Wilson (2007) conclui no seu estudo sobre o

conhecimento dos enfermeiros sobre a dor que os enfermeiros especialistas aparentam ter maior conhecimento sobre dor e sua gestão que os enfermeiros generalistas. Tendo em conta o mencionado por Benner (2001) a experiência permite melhorar teorias e noções pré-concebidas através da vivência de situações reais, possibilita a que o enfermeiro adquira bases sólidas que permitam interpretar novas situações. A experiência melhora a prestação de cuidados de enfermagem prestados. Como tal os estágios realizados em contexto académico são considerados momentos importantes para a evolução do enfermeiro e para o modo como articula os seus conhecimentos teóricos e práticos com as novas experiências a adquirir permitindo a passagem a um nível superior de competências tendo como base o Modelo de Dreyfus apresentado por Benner (2001).

2. ANÁLISE DO PERCURSO

Com o desenrolar do projeto pretendeu-se adquirir/desenvolver conhecimentos de como avaliar corretamente a dor no doente inconsciente, adquirindo competências de forma a cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, fazendo a gestão diferenciada da dor e otimizando as respostas, de modo a posteriormente participar ativamente na conceção e gestão de um programa que promova a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

De modo a alcançar a finalidade pretendida, foram estabelecidos três grandes objetivos: aprofundar conhecimentos específicos que permitam uma avaliação correta da dor no doente inconsciente, adquirir e desenvolver competências de enfermeiro perito na área da pessoa em situação crítica, e por fim, participar ativamente na conceção e gestão de um programa de controlo da dor que promova a melhoria contínua da qualidade.

Para atingir a finalidade de obtenção de competências para a prestação de cuidados especializados é necessário o desenvolvimento de um conjunto de atividades em contextos apropriados.

Foi selecionado como primeiro local de estágio uma das UCI da instituição onde exerço funções, após ter sido feita previamente uma visita ao local. Em conversa informal foi relatada a existência de formação sobre a dor e meios de avaliação no doente crítico e/ou falência orgânica, trabalhando nesta UCI uma enfermeira estritamente ligada à temática, o que foi considerado uma mais-valia para a concretização do terceiro objetivo, uma vez que pretendo dar continuidade ao projeto. Por último, a escolha deve-se também ao facto de esta UCI ser uma Unidade Polivalente apresentando uma diversidade de pessoas com situações de doenças quer do foro médico quer cirúrgico, considerando que poderia permitir desenvolver atividades na aquisição e desenvolvimento das competências em outras áreas de intervenção do Enfermeiro Especializado em Pessoa em Situação Crítica, mobilizando conhecimentos e habilidades de modo a dar resposta em tempo útil na prestação de cuidados de enfermagem à pessoas em risco de falência orgânica ou em situação emergente, assim como na gestão da comunicação com a pessoa doente e sua família e na prevenção e controlo de infeções, em especial nas que estão associadas à prestação de cuidados.

Como segundo local de estágio, e visto que se pretendia dar início à caminhada para a elaboração de um programa de gestão e controlo da dor, a escolha recaiu sobre o SUG onde trabalho de modo a sensibilizar a equipa multiprofissional para a temática da avaliação da dor e sua gestão no doente inconsciente, promovendo a efetivação de formação em serviço sobre a mesma, de modo a ser possível elaborar e implementar linhas orientadoras de atuação. O estágio decorreu entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012, com a duração de 500 horas, para cada um dos locais foram estabelecidos objetivos específicos e atividades para dar resposta aos objetivos gerais. (Apêndice I)

2.1 Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos onde foi realizado o estágio é uma unidade polivalente de adultos com capacidade até oito doentes. Encontra-se localizada no piso 1 do edifício, e embora não sofra remodelações há vários anos, está dotada de todo o material necessário à monitorização e vigilância do doente crítico.

A equipa terapêutica é constituída por 26 enfermeiros, entre os quais o Enfermeiro Chefe, dois Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (um deles afeto à gestão da Unidade) e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, equipa médica residente com a especialidade de Medicina Interna, um fisioterapeuta, Assistentes operacionais e uma secretária de unidade, sendo sempre possível o contacto com outras equipas médicas das várias especialidades, com a farmácia ou nutricionista quando necessário. Os enfermeiros encontram-se divididos em equipas de quatro ou cinco elementos, existindo em todos os turnos o rácio de até dois doentes por enfermeiro. O método adotado na Unidade é o de enfermeiro responsável, *“cada enfermeira é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”*. (Hesbeen, 2001) Este método de trabalho permite a prestação de cuidados individualizados à pessoa e a responsabilização do enfermeiro.

A DGS recomenda que cada hospital assuma a resposta à sua área de influência e caso não seja possível, seja feita uma articulação entre pares (quando o nível de diferenciação é idêntico) ou uma articulação vertical, caso seja necessário um nível mais diferenciado do que a unidade em que se encontra a pessoa doente. (Ministério da Saúde, 2003) No mesmo documento, a UCI onde realizei o meu estágio é considerada de nível III, sendo

este o nível mais diferenciado, como tal a proveniência dos doentes que são internados neste serviço pode ser de uma das várias unidades de internamento ou serviço de urgência do centro hospitalar que integra, assim como de qualquer outro ponto do País . As pessoas que aqui internadas apresentam doenças maioritariamente do foro médico e com múltiplas comorbilidades, no entanto, a Unidade sendo considerada Polivalente, recebe também doentes com história de doença do foro cirúrgico e traumatológico. O facto de haver diversidade de situações permitiu ir de encontro às minhas expectativas a quando da escolha do local a estagiar, uma vez que possibilitou o aprofundar de competências ao doente crítico, proporcionando que prestasse cuidados de enfermagem à pessoa com instabilidade e risco de falência orgânica, identificasse e/ou antecipasse complicações atuando perante as mesmas. A integração neste local de estágio foi facilitada não só por ter contacto prévio com a mesma, uma vez que é habitual a transferência de doente do SU onde exerço funções para esta UCIP, mas também pela disponibilidade demonstrada por toda a equipa. A possibilidade de melhor conhecer a equipa desta UCI e a sua organização permitiu reforçar o elo de ligação existente para posteriormente dar continuidade ao projeto, assim como à criação de novos projetos relacionados com prestação de cuidados ao doente crítico.

2.1.1 Objetivos propostos e atividades desenvolvidas

“Desenvolver competências no cuidar da pessoa em situação emergente na manutenção e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.”

Para desenvolver esta competência houve a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre as alterações de saúde dos doentes de modo a apreender ou desenvolver os conhecimentos científicos e técnicos permitindo a prestação de cuidados, assim como o esclarecimento de dúvidas e troca de experiências com o enfermeiro orientador.

Os doentes que estão internados na UCIP, pela instabilidade e falência multiorgânica iminente são muitas vezes submetidos a técnicas de depuração extra-renal contínua ou intermitente; esta técnica era algo completamente novo para mim na prática, uma vez que não é um procedimento utilizado no SU. Assim antes de prestar cuidados direcionados aos doentes com técnicas dialíticas de modo consciente, aprofundei conhecimentos teóricos, observei e esclareci dúvidas com os restantes enfermeiros.

A insuficiência renal aguda é uma complicação frequente nos doentes críticos estando associada à morbilidade e mortalidade e que cerca de 4-5% dos doentes necessitam de técnicas dialíticas. (Fieghen & Al, 2010), a técnica dialítica contínua tem sido defendida como a indicada para estes doentes uma vez que esta é *“um meio de atenuar a labilidade da pressão arterial, que pode ocorrer com a hemodiálise convencional intermitente”* (Fieghen & Al, 2010, p. 1) mas a técnica SLED (*sustained low efficiency dialysis*) está surgir como alternativa. Esta é uma técnica dialítica intermitente, semelhante à diálise convencional, mas realizada durante um maior período que permite a remoção de líquidos com menos alterações hemodinâmicas e que implica menos custos.

As intervenções de enfermagem a estes doentes implicam um acompanhamento ao doente antes, durante e após o tratamento. Durante o meu estágio tive oportunidade de prestar cuidados diretos a doentes submetidos a estes procedimentos, em colaboração com os enfermeiros que partilharam comigo as suas experiências e quais os cuidados a ter e compreender a necessidade de monitorização e vigilância do doente assim como da supervisão do equipamento e seu funcionamento de modo a prevenir complicações como alterações tensionais (hipotensão) ou a presença de coágulos no circuito. Assim, colaborei na preparação e montagem do sistema, conectando o doente ao mesmo garantindo a assepsia da técnica, antecipei a possibilidade de risco ou falência orgânica monitorizando o doente, estando alerta a qualquer alteração hemodinâmica, sendo a referida anteriormente (hipotensão) como à diminuição da temperatura corporal devido ao aumento da exposição do sangue extracorporal, assim como da possibilidade de hemorragias e detetando obstruções no sistema.

Também tive a oportunidade de prestar cuidados a um doente vítima de paragem cardiorrespiratória revertida a quem foi instituído o protocolo de hipotermia. Esta situação, pela sua ainda novidade para mim e particularidade de estar a ser implementada no meu serviço (local de onde era proveniente este doente) levou a que, realizasse pesquisa bibliográfica mais aprofundada, permitindo a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos de modo a poder ser impulsional, podendo actuar enquanto elemento de referência para restante equipa. Da situação vivenciada e da pesquisa realizada surgiu a necessidade de reflexão através de um Jornal de Aprendizagem. (Apendice I) A International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) recomenda a indução de hipotermia moderada em doentes em coma sobreviventes de paragem cardiorespiratória

pré-hospitalar com ritmo cardíaco de fibrilhação ventricular (Nolan, Morley, Hoek, & Hickey, 2003) Segundo os artigos de revisão que permitiram a Tice (2011) avaliar esta técnica, estes revelam que a instituição da hipotermia terapêutica em doentes pós paragem cardiorespiratória contribuem para a diminuição da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida, uma vez que

provoca uma redução na entrega de oxigénio cerebral, diminuindo reacções enzimáticas nocivas, diminuição da produção de radicais livres, e limita a libertação de neurotransmissores excitatórios. (Tice, 2011, p. 2)

Abreu e colaboradores (2011) acrescentam no seu estudo, que esta “*revelou ser simples e eficaz e permitiu obter em doentes com indicação, boa recuperação neurológica*” (Abreu & Al, 2011, p. 455)

Ao exercer funções quer na sala de reanimação, quer como chefe de equipa, tenho a possibilidade de actuar de acordo com as necessidades do doente naquele momento, podendo argumentar com base na evidência a pertinência desta estratégia nos doentes vítimas de paragem cardiorespiratória que não estejam dentro dos critérios de exclusão. Segundo a ILCOR, a hipotermia terapêutica não deverá ser usada em doentes com choque cardiogénico, coagulopatia primária ou grávidas. (Nolan, Morley, Hoek, & Hickey, 2003) No documento com as orientações para a realização desta técnica da unidade vêm descritos como critérios de exclusão, para além dos mencionados anteriormente,

o tempo de paragem não assistida medicamente superior a 10 minutos(...), o tempo de reanimação cardio-respiratória superior a 45 minutos, hipotensão mantida superior a 30 minutos após recuperação de ritmo espontâneo(...), doença terminal(...), paragem cardíaca secundária a trauma, paragem cardíaca reconhecidamente secundária a dissecação aórtica, hemorragia intra-craniana ou hemorragia massiva e presença de estado de mal mioclónico (UCIP, sem data)

Na primeira semana de estágio ocorreu uma situação de paragem cardiorespiratória, numa situação destas a gestão do tempo e a coordenação da equipa pode fazer a diferença. Os profissionais envolvidos foram prontamente accionados e iniciaram-se as manobras de suporte avançado de vida. Após a situação e em contacto com os elementos do serviço foi sentida a necessidade de sistematizar as novas directrizes do algoritmos de SAV, Assim, em conjunto com uma colega de mestrado que estagiava no mesmo local, propus a elaboração de um poster do algoritmo de SAV contemplando as

mais recentes orientações. (Anexo II) A sua elaboração e entrega com uma explicação acerca das novas diretrizes possibilitou alertar a equipa para a necessidade de validação dos conhecimentos e actualização de novas orientações, a afixação permitirá que durante uma próxima situação emergente seja possível uma visualização rápida e momentânea levando a que suscite menos dúvidas, originando menos erros na prática, constituindo deste modo, para uma melhoria dos cuidados prestados. Foram também planeadas actividades como pesquisa bibliográfica, partilha de dúvidas com o orientador e restante equipa de modo a aprofundar os conhecimentos na prestação de cuidados à pessoa doente com necessidade de ser submetido a técnicas de ventilação mecânicas, que foram sendo desenvolvidas na prática de prestação de cuidados no decorrer do estágio. A maioria dos doentes que necessitam de ventilação assistida a quem presto cuidados no SU encontram-se na modalidade de ventilação assistida com Volume Controlado, uma vez que se encontram maioritariamente em falência respiratória ou após procedimentos de manobras de reanimação. Segundo Pádua e Martinez (2001) este modo ventilatório está indicado em doentes com o mínimo ou nenhum esforço respiratório. Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes com outros modos ventilatórios instituídos, em especial com o modo de Pressão Assistida, neste modo a ventilação é iniciada pela doente e de acordo com Marcelino (2008) “ *o ventilador se limita a assistir a respiração do mesmo com uma pressão constante pré-programada.*” (Marcelino, 2008, p. 74) Considero ter sido de maior relevância as conversas realizadas com o enfermeiro orientador acerca desta temática uma vez que permitiram o esclarecimento de múltiplas dúvidas para além da pesquisa bibliográfica realizada.

Para melhor sistematização dos conhecimentos que fui adquirindo elaborei um estudo de caso de um doentes pelo qual fui responsável (Apêndice III), segundo Benner as enfermeiras “*aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação*” (Benner P. , 2001, p. 50) Neste estudo de caso pretendi fundamentar os cuidados prestados ao doente/família, como refere Ponte

um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um curso, uma disciplina, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social (...) debruça-se deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe única em muitos aspetos, procurando descobrir o que há nela de

mais essencial e característico e, desse modo contribuir para a compreensão global do fenómeno de interesse. (Ponte, 1994, p. 2)

Também a passagem de dados de ocorrências oral permitiu um momento de reflexão e partilha. No meu Serviço o método de avaliação do doente e transmissão de dados do mesmo é realizada através da metodologia ABCDE baseada na abordagem ao doente crítico de trauma referência, este não é um procedimento habitual na UCIP, aqui a passagem é feita utilizando a classificação CIPE, uma vez que esta está implementada no serviço. (Esta terminologia embora permita uma metodologia sistematizada do planeamento de cuidados ao longo do turno desde a avaliação inicial do doente, aos diagnósticos de enfermagem, intervenções e avaliações das mesmas e permita uma uniformização de termos facilitando a comunicação carece de formação inicial que eu ainda não tinha acesso. O meu orientador colocou-me em contacto com este instrumento, explicou como o utilizar e colmatou dúvidas, no entanto solicitei que inicialmente a passagem oral de ocorrências fosse efetuada pelo método a que estava habituada de modo a não perder informação a transmitir. A realização de passagem de dados em ocorrência através da metodologia ABCDE permitiu que alguns dos enfermeiros do serviço tivessem contacto com uma nova abordagem ao doente, colocaram dúvidas pertinentes não só durante a passagem de dados, como na avaliação de doentes, planeamento, intervenções e reavaliações durante a prestação de cuidados de enfermagem, tendo o mesmo acontecido a quando da receção de doente na UCIP vindo do SU, possibilitando uma melhoria na comunicação entre os profissionais dos dois serviços.

Ao longo do estágio intervim de modo rápido e eficaz, mobilizando e adquirindo conhecimentos que me permitiram atuar na prestação de cuidados da pessoa em situação emergente na manutenção e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, podendo considerar, segundo Benner (2001), que desenvolvi competências nesta área alcançando o nível de Proficiente em aspetos como os procedimentos de depuração extra-renal mas também o nível de perita noutros, podendo mencionar a ventilação invasiva mas realçando a avaliação, planeamento, intervenções e reavaliação dos cuidados à pessoa durante o espaço de tempo que permaneci junto dela.

“Desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.”

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) está entre as causas mais frequentes e potencialmente mais nocivas dos danos não intencionais, segundo a OMS (2009), um em cada quatro doentes internados numa UCI, tem um risco acrescido de adquirir uma IACS.

As Comissões de Controlo de Infeção (CCI) promovem a vigilância das infeções, a formação dos profissionais e as boas práticas para prevenir as IACS. (WHO, 2002) Trabalhando na mesma instituição onde realizei o estágio, tenho conhecimento das medidas implementadas e preconizadas pela CCI, no entanto e devido à especificidade do local onde me encontrava, consultei novamente os protocolos e recomendações existentes da instituição e tomei/aprofundei conhecimento daqueles que são mais específicos para as unidades, como por exemplo as recomendações para a prevenção e controlo da pneumonia associada ao ventilador, tendo posteriormente colocado em prática os mesmos ao longo da prestação de cuidados.

Tive especial atenção à cultura da Unidade e aplicação dos conhecimentos em prática, constatando que todos os profissionais de saúde das várias áreas estão em posse de conhecimentos atuais, aplicando-os na prática.

Uma das questões levantadas foi o uso de pensos de cateteres transparentes em detrimento do uso de pensos de gaze opacos. Na minha óptica, os pensos transparentes permitem uma maior vigilância do local e sendo impermeáveis, necessitam de ser trocados com menos frequência, havendo menor gasto de tempo e recursos materiais. Na UCI onde estagiei, a fixação e proteção de cateteres era feita de acordo com a prática do enfermeiro responsável do doente. Esta prática não vai em desacordo com as recomendações da CCI da instituição, uma vez que na sua consulta a indicação para a realização do penso do local de inserção refere que este poderá ser feito de ambas as formas exceto se existir diaforese ou hemorragia, onde deverá ser usado o penso de gaze até resolução das situações mencionadas. É referindo também que a sua mudança deverá ocorrer sempre que húmido ou visivelmente sujo ou ainda de dois em dois dias se realizado com gaze ou a cada sete dias se penso transparente e semipermeável. Nas Diretrizes para a Prevenção da intravasculares infeções relacionadas a cateteres de 2002

O'Grady e colaboradores é feita referência de que não parece haver benefício entre o dois pensos, no entanto ressaltam que

pensos transparentes, permitem a inspeção visual contínua do local do cateter, permitir que os pacientes de tomar banho sem saturar o curativo, e exigem mudanças menos frequentes do que fazer o de gaze, o uso de tais pensos economiza tempo pessoal.
(O'Grady & al, 2002, p. 7)

Esta ideia e outras foram sendo debatidas em momentos de reflexão conjunta com o enfermeiro orientador, consolidando a minha ideia de que cada um de nós pode representar um “pequeno” contributo para a mudança, não só na melhoria dos cuidados de saúde, através da prevenção e controlo de infeção, diminuindo a morbilidade e consequentemente custos inerentes aos prolongamentos de internamentos, melhorando a taxa de recuperação dos indivíduos e a sua qualidade de vida. Sendo assim, foram feitas, sempre que pertinente, momentos informais de orientação com assistentes operacionais sobre a prevenção da infeção, mais especificamente se tinham conhecimento das normas da instituição relativas à desinfeção e limpeza de equipamentos e superfícies, tendo estas demonstrado conhecimento das mesmas mas referindo que era importante relembrar os aspetos práticos inerentes às suas funções.

“Adquirir e/ou aprofundar competências na gestão da comunicação interpessoal com a família do doente inconsciente sedado e/ou com ventilação mecânica em situação crítica.”

Segundo Jacobowski, e colaboradores (2010, p. 421) *“A comunicação com os familiares de doentes em unidade de cuidados intensivos é desafiador e cheio de insatisfação”*, Davidson (2010) acrescenta que os familiares dos doentes em situação crítica podem estar a vivenciar uma situação de ansiedade e depressão e que a falta de comunicação/entendimento da situação pode impedir o membro da família de lidar com essa situação crítica. No entanto para Watson *“a clareza de expressão assiste os enfermeiros no cuidar. Quanto mais claramente o sentimento é transmitido..., mais apto está o recetor a experimentar a união”* (Watson, 2002)

Nas primeiras semanas de estágio ocorreu um incidente, que me fez refletir em especial em relação à gestão da comunicação, principalmente com a família do doente em situação crítica. (Apêndice II)

O doente em questão tinha sido internado durante o período da noite (proveniente da urgência), encontrava-se vígil por períodos, ventilado em pressão assistida, sujeito a técnica dialítica e tinha recebido a visita da mulher no primeiro período das 14h30. Foi feito o acolhimento por parte dos enfermeiros como preconizado na Unidade, a Sr.^a foi recebida pelo enfermeiro responsável do doente, foi-lhe explicado como era o ambiente, como ia encontrar o seu marido, que poderia colocar todas as suas dúvidas ao enfermeiro e no fim falar com o clínico responsável. Foi também entregue um folheto com os números de contacto e que o poderia fazer durante todo o dia. Posteriormente foi acompanhada até ao seu marido tendo o enfermeiro permanecido junto dela e demonstrando-se disponível a qualquer esclarecimento.

No segundo tempo de visitas (18h30), foi apenas comunicado que o doente tinha visitas não especificando quem. A familiar (filha), ao chegar e antes de entrar na sala, abordou-me e à minha colega de estágio, com fâcias contraído e assustado e solicitou se a podíamos acompanhar e explicar o que iria encontrar, uma vez que era a primeira vez que se encontrava num lugar como aquele e estava com receio. Realizamos então o acolhimento como preconizado, acompanhámo-la até ao pé do pai e permanecemos junto deles, incentivando a que comunicasse com ele. O próprio doente solicitou-nos papel e caneta (meio já tentado para comunicar com ele anteriormente) e escreveu *Bom Dia*, entregando-o à filha. Naquele momento e ao verificar uma descontração imediata por parte da mesma, afastámo-nos, permanecendo na sala de modo a estarmos disponíveis para outras dúvidas que surgissem.

Esta situação fez-me pensar que ainda tinha muito para desenvolver nesta área, segundo Benner (2001, p37), *“a condição prévia para a percepção de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo.”* Acrescenta ainda que, *“na prática, este conhecimento anterior, ou pré conhecimento, é muitas vezes formado a partir da teoria, pelos princípios e pelas experiências anteriores.”* A minha experiência prévia é relacionada com o contacto com os familiares/pessoas significativas no Serviço de Urgência, onde estes podem acompanhar praticamente todo o processo desde o momento da entrada até à tomada de decisão clínica de alta ou internamento do seu familiar e estão, na minha percepção, mais direccionados para informações como diagnósticos, resultados de exames e tratamentos efetuados, tentando obter respostas no imediato da resolução do problema atual que os levou até lá.

A realização do estágio no mesmo momento que a minha colega foi uma mais-valia neste contexto, o seu projeto direcionado para a comunicação permitiu conversas informais sobre a temática, promovendo a reflexão em conjunto e o desenvolvimento e treino desta competência de modo a ultrapassar as dificuldades sentidas inicialmente, indo de encontro ao objetivo por mim traçado. Neste momento estou mais desperta para as necessidades da família, sabendo que cada elemento tem as suas particularidades e também eles estão a atravessar uma fase de vulnerabilidade. Numa outra situação, já quase no final de estágio, encontrava-me responsável por um doente em que as duas familiares diretas tinham modos muito diferentes de verbalizar e transmitir a sua preocupação: a mulher encontrava-se muito direcionada para as técnicas que circundavam o marido (ventilação invasiva, técnica dialítica e manta de hipotermia) e com um discurso confuso e a filha para o sofrimento do pai e eventual desconforto que pudesse sentir com o frio, havendo assim necessidade de me adequar a cada uma delas mas ao mesmo tempo proporcionar o conhecimento para a realidade da situação do doente. Em relação à mulher do doente, foi sendo feita uma explicação de tudo o que o rodeava fazendo a passagem para o seu estado crítico e promovendo uma organização dos seus pensamentos, levando-a a verbalizar os seus receios; com a filha, mais ciente da gravidade da situação, foram explicados os procedimentos e a técnica que estava a ser utilizada, referindo que o conforto do pai estava assegurado.

Citando Jacobowski e outros (2010, 422),

a compreensão do estado da arte de cuidar dos doentes na Unidade de Cuidados Intensivos envolve não só um excelente tratamento médico mas também uma comunicação ideal. Os membros da família que tomam as decisões pelos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos experienciam situações de stress caracterizadas por uma comunicação pobre.

Esta ideia vai de encontro ao escrito por Galinha quando diz que

é imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para gerir os níveis de stress e ansiedade do familiar, ciente que tal otimiza o processo comunicacional necessário à melhoria dos cuidados de enfermagem. (Galinha, 2009, p. 55)

“Fazer a gestão diferenciada da dor no doente inconsciente em situação crítica e/ou em falência orgânica otimizando respostas.”

Na pesquisa efetuada, segundo Swearinger e Keen (2005) vários são os trabalhos que referem que a dor em ambiente de cuidados críticos é frequentemente subvalorizada, constituindo-se como um problema para a equipa de cuidados, nesta Unidade a dor é avaliada sistematicamente e está contemplada nos planos de cuidados elaborados individualmente para cada doente. Porém, a avaliação da dor ao doente inconsciente efetuada é baseada no comportamento e avaliação de funções vitais sem ser aplicada nenhuma escala específica das estudadas até agora, havendo uma escala adaptada e não validada numerada de 0 a 5 (nenhuma dor, ligeira, moderada, intensa e muito intensa). A literatura consultada e referida no capítulo anterior recomenda o uso de escalas próprias e validadas para uma quantificação da dor, tentando eliminar a sua subjetividade. Quando questionado o motivo de ausência de escalas validadas, foi referido que já tinha sido feita formação sobre as mesmas mas que se aguardavam novas diretrizes da SPCI sobre a que mais se adequava. Deste modo a formação da equipa iria continuar direcionada apenas para a escala recomendada, uma vez que a correta aplicação das mesmas exige treino e experiência, sendo assim aprofundado o instrumento mais adequado minimizando custos de tempo e de formação da equipa.

Ao longo do período de estágio tive oportunidade de verificar que a dor, a sua avaliação, alívio e monitorização das intervenções são uma preocupação na prática de cuidados dos enfermeiros, não só é avaliada sistematicamente como preconiza a bibliografia de forma sistemática, como são tomadas medidas para a sua gestão/controlo, quer farmacológicas (em conjunto com a equipa médica), quer não farmacológicas, sendo a informação sempre transmitida nas passagens orais de turno. No entanto, os registos escritos das avaliações e medidas efetuadas nem sempre estão completos, sendo uma questão discutida com o orientador mas não tendo chegado a muitas conclusões; os artigos consultados vão de encontro a esta ideia formada: Simões & Simões referem que

muitas vezes, constatamos que os registos de enfermagem que são efetuados não refletem os cuidados que foram prestados às pessoas, nem tornam possível planear os cuidados a prestar, não servindo assim de elo de ligação, nem de meio de comunicação, quer intra quer inter equipas. (Simões & Simões, 2007, p. 10)

Foram realizados momentos informais de reflexão e partilha com os restantes enfermeiros do serviço, realçando a importância do registo escrito. Devido à brevidade do tempo restante de estágio não foi avaliado o seu efeito, porém perante a abertura ao diálogo e as críticas reflexivas durante esses momentos acredito na mudança e na melhoria dos registos escritos dos cuidados de excelência já prestados. A percepção de que a avaliação e gestão da dor no doente crítico aparentava ser um desafio para os enfermeiros mas de que era dada pouca relevância aos cuidados prestados neste sentido, uma vez que não eram efetuados registos escritos em consonância, vai de encontro aos resultados da evidência científica produzida e referenciada neste relatório.

Embora as medidas não farmacológicas estejam presentes na prática diária da Unidade, uma vez que nunca foram abordadas diretamente, e fica a dúvida se algumas delas serão feitas intencionalmente, propus-me a realização de uma breve formação sobre as mesmas de modo a sensibilizar a equipa. Esta proposta foi aceite quer pelo enfermeiro orientador, quer pelo enfermeiro responsável pela formação em serviço, desta forma confirma-se que se trata de uma temática pertinente e de interesse. Foi realizada, assim uma sessão única com o tema “controlo da dor no doente crítico: medidas não farmacológicas”, com a duração de 20 minutos, a qual assistiram e participaram 10 enfermeiros do serviço. (Apêndice IV) Os comentários finais foram positivos confirmando o reconhecimento da importância da temática, tendo havido tempo para discussão sobre a prática existente no serviço e quais as mudanças necessárias e possíveis de realizar, podendo contribuir para uma melhoria do cuidar e direciona-me para o alcançar de outro objetivo proposto:

“Adquirir competências no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, identificando as necessidades formativas relativamente à avaliação da dor na pessoa inconsciente, sedada e/ou com ventilação mecânica em situação crítica, promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros”

Ao longo deste período de estágio tive necessidade de adaptar as atividades para alcançar os objetivos propostos. Como referido anteriormente a UCIP está a aguardar diretrizes da SPCI sobre o meio de avaliação da dor mais adequado no doente

inconsciente e/ou com ventilação mecânica, assim as atividades relacionadas foram dirigidas para a prática existente na Unidade. O conhecimento das escalas de avaliação de dor foi adquirido através da pesquisa bibliográfica. A sua aplicação foi feita em conjunto com o enfermeiro orientador, em simultâneo com a escala implementada da Unidade, servindo de treino no manejo do instrumento para ambos, uma vez que o enfermeiro também só conhecia a escala BPS da formação realizada em serviço. Ficou decidido, após reunião tutorial, que seguiríamos a rotação habitual da distribuição de doentes, exceto se o doente em causa estivesse com um nível de consciência desperto podendo realizar uma autoavaliação, este facto demonstrou-se uma mais-valia, uma vez que possibilitou o treino da aplicação do instrumento de avaliação da dor.

2.2 Serviço de Urgência Geral

O SU onde realizei o meu estágio é, como referido anteriormente, o meu contexto de trabalho desde 2000. Esta urgência é classificada como polivalente, ou seja, uma urgência com o maior grau de diferenciação técnica e com um vasto número de valências. Situada no piso 0 do edifício e recentemente reestruturada, engloba vários sectores na área do atendimento (triagem, atendimento geral de doentes não urgentes, sala de reanimação, balcão de atendimento médico-cirúrgico, balcão de trauma e ortopedia, sala de pequena cirurgia e gabinete de psiquiatria), duas salas de decisão clínica/tratamentos de curta duração e a sala de observações para doentes internados a estabilizar e/ou aguardar vaga noutro serviço, contando ainda com um quarto de isolamento de pressão negativa. Composta por uma equipa multiprofissional contempla 64 enfermeiros, entre os quais a equipa de coordenação. Tendo como característica englobar um grande número de especialidades, obriga a que os enfermeiros que exercem funções nesta área tenham conhecimentos adequados e atualizados, uma vez que são confrontados com situações novas diariamente, que obrigam a uma atuação correta e eficaz no imediato.

Ao longo dos vários anos realizei a integração de novos enfermeiros no serviço, assim como orientei/ supervisionei alunos de enfermagem, estando sempre patente a importância da gestão da dor no doente. Nos últimos quatro anos, e em simultâneo com a prestação direta de cuidados, colaboro com a chefia e coordenação de serviço ao exercer funções de chefia de equipa. Uma das funções está relacionada com a responsabilidade de apoiar os elementos da equipa em termos técnicos, científicos e humanos, de modo a

dar respostas eficientes, na prestação dos cuidados de enfermagem, o que possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de capacidades de formadora, de dinamizadora e liderança na gestão de equipa, assim como proporcionou a oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos de modo a poder ser considerada uma referência pelos meus pares.

No ingresso deste Mestrado, na tomada de decisão do projeto a desenvolver e após levantamento de necessidades no meu contexto de trabalho considerei pertinente iniciar de modo formal a sensibilização dos pares assim como da restante equipa multidisciplinar envolvida no controlo da dor do doente crítico inconsciente.

2.2.1 Objetivos propostos e atividades desenvolvidas

“Desenvolver competências no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, identificando as necessidades formativas relativamente à avaliação da dor no doente crítico, em especial na pessoa inconsciente, sedada e/ou com ventilação mecânica em situação crítica, promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros”

“Quando desenvolvemos um projeto no contexto de cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população.” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 10) Deste modo, após reunião de orientação e realização do planeamento do percurso iniciei o meu estágio com a realização de um diagnóstico de situação que permitisse perceber o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a dor e seu controlo no doente crítico. O levantamento das necessidades sentidas permitiu a elaboração de uma ação de formação que visou sensibilizar a equipa para a avaliação sistemática e gestão da dor no doente crítico, em especial na pessoa inconsciente, sedada e/ ou ventilada evidenciando benefícios a nível da melhoria do bem-estar da pessoa e na diminuição da morbilidade e partilhando a experiência adquirida no contexto de estágio anterior e das estratégias utilizadas.

Dos vários meios disponíveis, e de entre os mais utilizados na prática, foi escolhido o questionário. (Apêndice V) O uso deste método permite uma rapidez e facilidade de resposta, com uma simplificação da análise da resposta, para além de permitir um anonimato ao inquirido. Através das questões colocadas, pretendi saber se estava presente a possibilidade de existência de dor no doente inconsciente (sedado ou não),

como realização a avaliação dessa dor e quais as intervenções para a anular/controlar, assim como perceber se esta temática era tão pertinente como se tinha detetado aquando da elaboração do projeto.

Durante os três primeiros dias apliquei o questionário no SU tentando englobar nos inquiridos enfermeiros das várias equipas e elementos das equipas médicas e cirúrgicas. Foram distribuídos trinta e seis questionários, vinte e quatro enfermeiros integrados em todos os sectores do SU e doze médicos quer de especialidade médica quer cirúrgica.

Após a análise dos mesmos, elaborei, com a supervisão da minha orientadora, uma ação de formação de sensibilização da equipa para a temática onde dei também a conhecer os resultados do questionário. (Apêndice VI)

Na distribuição dos questionários foi feita uma breve introdução à problemática e comunicadas as datas e horas das sessões de formação e foi afixado em todas as salas de trabalho e descanso a comunicação da realização das mesmas com a informação. (Apêndice VII)

Foram realizadas cinco sessões ao longo de uma semana, pelas 15h e com duração de uma hora, na sala de enfermagem do serviço que se encontra dotada de material audiovisual. Este planeamento pretendia permitir a que os enfermeiros das várias equipas do SU assistissem à formação no início do turno da tarde, uma vez que o serviço ao encarar como uma mais-valia, autorizou que se contabilizasse essa hora para o horário dos enfermeiros (embora não fosse de carácter obrigatório). Num universo de 64 enfermeiros compareceram no total das sessões 30 enfermeiros entre os quais as enfermeiras coordenadoras do serviço. No final de cada sessão foi dado espaço a discussão, tendo os comentários tecidos pelos enfermeiros presentes positivos, considerando a temática pertinente, refletindo sobre a prática existente no serviço e sendo sugeridas estratégias para a mudança, como por exemplo assegurar a formação específica na avaliação da dor com instrumentos válidos e o incentivo à promoção das medidas não farmacológicas no alívio da dor uma vez que são de carácter autónomo.

Era meu desejo também estender a sensibilização às equipas médica e cirúrgica, como referido são parte importante no processo de gestão da dor e é necessário trabalho em equipa entre os vários profissionais de saúde. Porém, e embora tenha sido feito o convite aquando da distribuição do questionário e tenham demonstrado interesse em assistir, não compareceu nenhum clínico à apresentação.

Embora o objetivo proposto fosse direcionado para a aprendizagem e aquisição de competências dos enfermeiros, e tenha conseguido envolver quase metade dos enfermeiros, tinha como intuito também envolver a restante equipa multiprofissional e que tal não aconteceu, mesmo tendo sido considerados vários dias de apresentação de modo a aumentar a assistência da mesma, motivo pelo qual sinto que tendo alcançado o objetivo, este poderia ter sido mais abrangente.

Contudo, como referi, recebi um *feedback* positivo, e já após o término do estágio, o facto dos enfermeiros do serviço me procurarem para discutir de modo mais premente o assunto, solicitarem a minha colaboração na prática dos cuidados ao doente com dor, em especial em relação à implementação das medidas não farmacológicas, é por mim considerado como algo positivo e sinal de mudança da prática. Podendo ser consideradas como tal, verificar a tentativa de redução de luzes artificiais direcionadas aos doentes, tendo por mais de uma vez assistido a enfermeiros a fazer ensino aos restantes profissionais de saúde e argumentando com a evidência que lhes transmiti, uma preocupação crescente com os posicionamentos e as mobilizações dos doentes dependentes, solicitando ajuda aos enfermeiros mais diferenciados e peritos na área. Verifico também uma melhor abertura para envolver a equipa médica, confirmando prescrições terapêuticas e sugerindo/solicitando acertos direcionados ao doente.

Com a realização de ambos os estágios estavam presentes também como objetivos **Gerir e interpretar de forma adequada a informação proveniente da minha formação inicial e experiência profissional e desenvolver a análise crítica relativamente ao processo de ensino/aprendizagem.**

Em relação à mobilização dos conhecimentos penso ter sido essencial a reflexão da prática assim como o recurso à pesquisa bibliográfica de modo a ter por base nas decisões a evidência científica. A realização do estudo de caso e a elaboração dos jornais de aprendizagem durante a primeira etapa do percurso foram disso exemplo e revelaram-se como oportunidade de desenvolvimento e/ou aquisição de competências especializadas assim como de reflexão. Foi também pertinente para alcançar este objetivo, o caminho percorrido durante a elaboração deste projeto, em especial a revisão da literatura e a ida a campo na Unidade de Cuidados Intensivos a Coimbra que

promoveram o desenvolvimento das competências especializadas ao doente crítico, mais especificamente na avaliação e gestão da dor no doente crítico inconsciente.

A realização deste relatório permite refletir e avaliar o percurso decorrido assim como analisar as atividades desenvolvidas para o alcançar dos objetivos propostos sendo o culminar de um percurso académico mas também um balanço do trabalho desenvolvido e que ainda há a desenvolver ao longo da minha vida profissional.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório é uma reflexão do percurso até aqui efetuado permite demonstrar quais as experiências e vivências que contribuíram para o alcance dos objetivos propostos promovendo a aquisição de competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos de doença crítica ou falência orgânica.

A realização dos estágios permitiu uma articulação entre o conhecimento teórico e a *praxis* clínica levando a desenvolver processos de tomada de decisão com intervenções válidas e atuais na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

De uma forma sumária prestei cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, tendo em conta a gestão de prioridades, dos recursos existentes e a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, como por exemplo a colaboração nos cuidados à pessoa submetida a técnica dialítica, identificando as principais diferenças entre cada técnica e antecipando complicações assim como a manutenção e otimização de cateteres invasivos. Prestei também cuidados a pessoas submetidas a ventilação invasiva, aprofundando conhecimentos sobre as diferentes modalidades ventilatórias, interpretando resultados analíticos relacionando com as alterações verificadas na monitorização do doente, tendo identificado constrangimentos na comunicação com estes doentes, estabelecendo estratégias e avaliando a intervenções. Procurei promover uma relação de confiança e privacidade com a família, fornecendo informação pertinente e fazendo a gestão da mesma a ser transmitida.

A identificação de áreas formativas na equipa de enfermagem, permitiu a troca de experiências em momento de reflexão, conduzindo à elaboração de um poster do algoritmo de SAV e à realização duma sessão de formação sobre as técnicas não farmacológicas de controlo da dor.

Durante o período de estágio na UCIP, adquiri conhecimentos sobre sedação e como avaliar o nível da mesma, tendo desenvolvido conhecimentos na avaliação e controlo da dor no doente inconsciente.

As atividades realizadas e descritas, assim como as oportunidades vividas permitiram adquirir e /ou aprofundar competências na área da pessoa em situação crítica, nomeadamente no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, atuando em situações emergentes ou antecipando situações de instabilidade, assistindo a pessoa e a família nessas situações e gerindo a comunicação

com os mesmos, tendo sempre em conta a avaliação e gestão diferenciada da dor da pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica otimizando respostas. Aprofundei também os conhecimentos da área de intervenção e controlo de infeção, relembrando o PNCI e as suas diretivas, assim como as normas existentes da instituição, tendo tomado conhecimento das normas específicas para as unidades, promovi o pensamento crítico e transmiti informação à equipa multidisciplinar, em especial assistentes operacionais, sempre que pertinente demonstrando conhecimento específico nesta área.

O levantamento da necessidade de sensibilização para a temática da gestão da dor no doente inconsciente no SU e as respetivas sessões permitiram-me atuar como formadora no contexto de trabalho após diagnóstico da situação.

Ao longo do percurso houve aspetos facilitadores como a experiência adquirida ao longo dos anos no SU, que possibilitou a aquisição de competências que foram agora desenvolvidas. Outro aspeto a salientar foi o facto de ter realizado o estágio na instituição onde trabalho, proporcionou-se um momento de partilha alargado, uma vez que propicia o contacto entre os dois serviços e uma integração mais facilitada.

No entanto, não posso deixar de referir constrangimentos à aplicação do meu projeto, o aspeto de ainda não estar implementado uma escala de avaliação de dor na UCIP dificultou o processo de aprendizagem em pleno, contudo foram desenvolvidas estratégias de modo a colmatar.

Considero que consegui desenvolver competências na área de especialização na pessoa em situação crítica, tendo consciência de que não serei perita em todas elas, uma vez que a enf perita *“(...) tem uma enorme experiência, (...), apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções.”* (Benner P. , 2001, p. 58).

O desenvolvimento das competências não termina com o fim desta etapa, com o conhecimento adquirido e aprofundado é possível introduzir mudanças baseadas na evidência, é meu intuito continuar a investir no desenvolvimento profissional participando em projetos quer do serviço quer da instituição e colaborar com o projeto já em curso relacionado com o critério de qualidade da gestão da dor.

O investimento quer a nível profissional quer pessoal vai permitir um crescimento em direção ao nível de perita num sentido mais lato, no entanto e no momento considero-me ter alcançado os objetivos propostos inicialmente, ideia partilhada pelos orientadores de estágio a quem foi solicitada uma apreciação do processo. (Anexo III)

4. BIBLIOGRAFIA

Abreu, A., & Al. (2011). Papel neuroprotector da hipotermia terapêutica pós paragem cardio-respiratória. *Rev Bras Ter Intensiva* , 23 (4), 455-461.

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

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Benner, P., Kyriakidis, p., & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdow and intervenions in Critical care; a thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.

Blenkarn, A., Foughnan, S., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assesement tool for use by nurses in adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* , n° 18, 332-431.

Board of Nursing. (11 de 10 de 2010). *Pain Management Nursing Role/ Core Competency. A Guide for Nurses*. Obtido em 15 de 03 de 2012, de <http://pdfcast.org/pdf/pain-management-nursing-role-core-competency-a-guide-for-nurses>

Boykin, A., Schoenhofer, S., Baldwin, J., & McCarthy, D. (2005). Living Caring in Practice: The Transformative Tower of the Theory of Nursing as Caring. *International Journal for Human Caring* , 9 n°3, 15-19.

Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (Julho de 2007). Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesthesia & Analgesia* , 105, N 1, pp. 205-221.

Cade, C. (2008). Clinical Tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care* , 13 (6), pp. 288 - 297.

Calil, A., & Pimenta, C. (2010). Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. *Acta Paul Enferm* , 23 (1), pp. 53-59.

Czarnecki, M., & al, e. (26 de Julho de 2011). *Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. Obtido em 26 de Julho de 2011, de www.medscape.com: www.medscape.com

Davidson, J. (2010). Facilitated Sensemaking. A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse* , 28-39.

Dec Lei Nº 104/98. (21 de Abril de 1998). Código Deontológico do Enfermeiro. *Diário da República 1ª Série nº180, Anexo Capítulo VI Secção II* .

Direcção Geral de Saúde. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003*.

Direcção Geral de Saúde. (2008). *Plano Nacional da Luta contra a Dor*.

Eler, G., & Jaques, A. (Setembro/Dezembro de 2006). O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. *Arq. Ciênc. Saúde unipar* , 10 (3), pp. 185 - 190.

ESEL. (Outubro de 2010). Apresentação do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Lisboa, Portugal.

Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (Março de 2008). Cuidar do Doente Crítico com Dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). *Revista Sinais Vitais* , nº 77, pp. 24-28.

Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (2008). Cuidar do Doente Crítico com Dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). *Sinais Vitais* , 24-28.

Fieghen, H., & Al. (2010). *the Hemodynamic tolerability and feasibility of sustained low efficiency dialysis in the management of critically ill patients with acute kidney injury*. Obtido em 16 de Novembro de 2011, de [www.Biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com): <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/11/32>

Fink Jr, W. (2005). The Pathophysiology of Acute Pain. *Emergency Medicine Clinic of North America* , pp. 277 - 284.

Fosnocht, D., Swanson, E., & Barton, E. (2005). Changing Attitudes About Pain and Pain Control in the Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America* , 23, pp. 297-306.

Galés-Camus, C. (2007). New guide on palliative care services for people living with advanced cancer. Geneva.

Galinha, F. (2009). Mediar para Cuidar: AS atitudes dos Enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente. Contributos das técnicas de mediação familiar? In E. S. Porto, *Da*

Investigação à prática de Enfermagem de família (pp. 49-57). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Gélinas, C., & al. (julho de 2006). Validation of the Critical-Care PAin Observation Tool in Adult Patients. *America Journal of Critical Care* , 15 (4), pp. 420-427.

Hansen, G. (2005). Management of Chronic Pain in the Acute Care Setting. *Emergency Medicine Clinics of North America* , pp. 307 - 338.

Herr, K., & al. (Junho de 2006). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing* , 7 (2), pp. 4 - 52.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

International Association for the Study of Pain. (2011). *IASP Taxonomy*. Obtido em 1 de Maio de 2011, de www.iasp.pain.com.

JCAHO. (1 de Janeiro de 2011). www.jointcommission.org. Obtido em 27 de Março de 2012, de <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Programs-Hospitals/>

Jacobowski, N., Girard, T., Mulder, j., & Ely, E. W. (Setembro de 2010). Communications in critical care: Family Rounds in Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care* , 421-430.

Kabes, A., Graves, J., & Noris, J. (Fevereiro de 2009). Further Validation of Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse* , 29 (1), pp. 59 - 66.

Keck, Gerkennsmeyer, Joyce, & Schade. (1996). Reliabilty and validity of the Faces and word descriptor scales to measure procedural pain. *Journal Pediatr nurs.* , 11 n°6, 368-374.

Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of Objective Pain Measures for Use with Critical Care Adults PATients Unable to Self-Report. *The Journal of Pain* , 9 (1), 2 - 10.

Marcelino, P. (2008). *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto - Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência.

Marco, N. (2009). *WWW.codem.es*. Obtido em 30 de Março de 2012, de <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=5eb46f5d-d732-4ba2-a96c-4e438e63a2d9&Cod=435e24ab-4b43-4cf7-a7b9-097e6c75da98>

Martins, C., & Franco, M. P. (Outubro de 2004). O papel formativo do enfermeiro especialista. *Nursing*, N 192, pp. 6-9.

McKinley, S., Nagy, S., Steun-Parbury, J., & Bramwell, M. &. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Critical care nursing*, 18, pp. 27-36.

McManus, J., & Harrison, B. (2005). *Pain and sedation management in the 21Century Emergency Department*. Obtido em Julho de 2011, de www.emed.theclinics.com

McManus, J., & Sallee, D. (2005). Pain management in the prehospital environment. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23, 415-431.

Ministério da Saúde. (1 de Novembro de 2005). Obtido de Portal da Saúde: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/cuidados+paliativos/dor.htm>

Ministério da Saúde, D. d. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Nichiata, L., Bertolozzi, M. R., Takahashi, R., & Fracolli, L. (Setembro - Outubro de 2008). A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*.

Nolan, J., Morley, P., Hoek, T., & Hickey, R. (2003). Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. An advisory statement by the Advance Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Elsevier*, pp. 231-235.

O'Grady, N., & al. (2002). *www.cdc.gov*. Obtido em 29 de Março de 2012, de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5110a1.htm>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. . *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, serie 1, nº 1.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.

Pádua, A., & Martinez, J. (2001). Modos de assistência ventilatória. *Medicina, Ribeirão Preto* , pp. 133-142.

Peate, I. (2009). Caring for the unconscious person. *British Journal of Health Care Assistents* , 3, nº 4, 190-193.

Pedroza, J. (2006). Cuidados pós ressuscitação: Hipotermia Terapêutica. In *Medicina Perioperatória* (pp. 1289-1301). Rio de Janeiro.

Ponte, J. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante* , 3 (1), pp. 3-18.

Rigotti, M., & Ferreira, A. (Jan-Mar de 2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde* , 12 (1), pp. 50-54.

Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (Janeiro - Março de 2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos* , nº 15, p. 38.

Serrano, F. (Janeiro de 2009). Intervenções não farmacológicas no controlo sintomático em cuidados paliativos. *1ª Edição Mestrado Cuidados Paliativos*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias.

Simões, C., & Simões, J. (4 de Junho de 2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Referência* , pp. 9-23.

Sousa, M. d. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Coimbra.

SPCI. (2012). *Plano Nacional de Avaliação da Dor - Resultados*. Obtido em 4 de Abril de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf

SPCI, O. (2008). *Transporte de Doentes Criticos - Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Swearingner, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em cuidados intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª Ed ed.). Lusociência.

Tice, J. A. (23 de 06 de 2011). Obtido em 04 de 01 de 2012, de WWW.medscape.com.

Trautman, D. (2001). Controlo da dor. In S. Sheehy, *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática* (4ª edição ed., pp. 191-198). Lusociência.

UCIP. (sem data). *Estratégia Terapêutica após Paragem Cardíaca*. Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa: Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes.

Uenishi, E. K. (2005). *Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva* (5ª edição ed.). São Paulo: Senac.

Vila, V., & Mussi, F. (2001). O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 35 (3), pp. 300-307.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (1988). *Nursing: human Science and Human Care* (2ª Edição ed.). Nova Iorque: National League for Nursing.

WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. 1946. Nova Iorque.

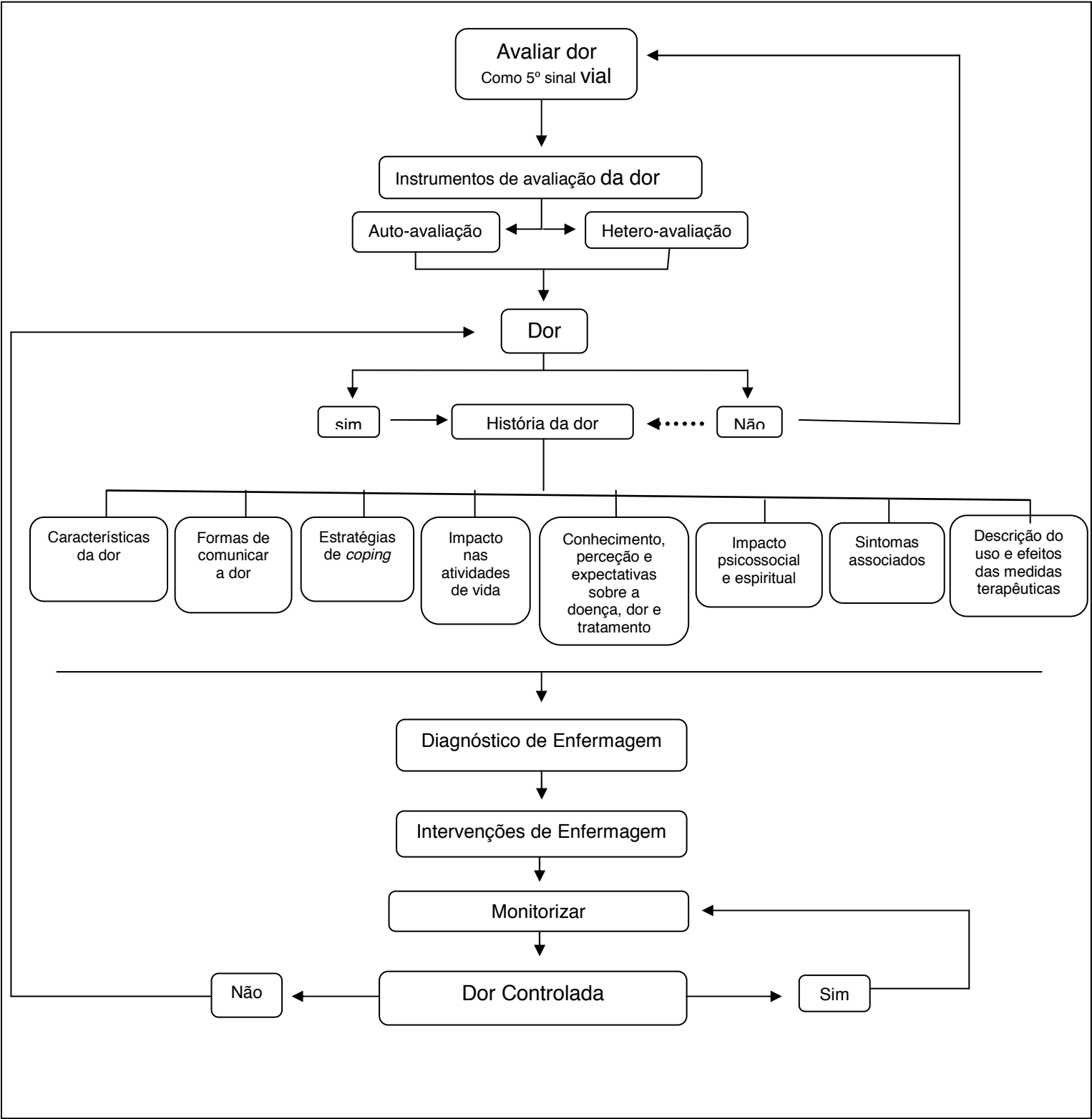
WHO. (2002). *Prevention of Hospital-acquired infection*. Obtido em 4 de Janeiro de 2011, de <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>

Wilson, B. (2007). Nurses' Knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing*, 1012-1020.

Wood, S. (18 de Setembro de 2008). www.nursingtimes.net. Obtido em 25 de Março de 2012, de <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-specialisms/pain-management/assessment-of-pain/1861174.article>

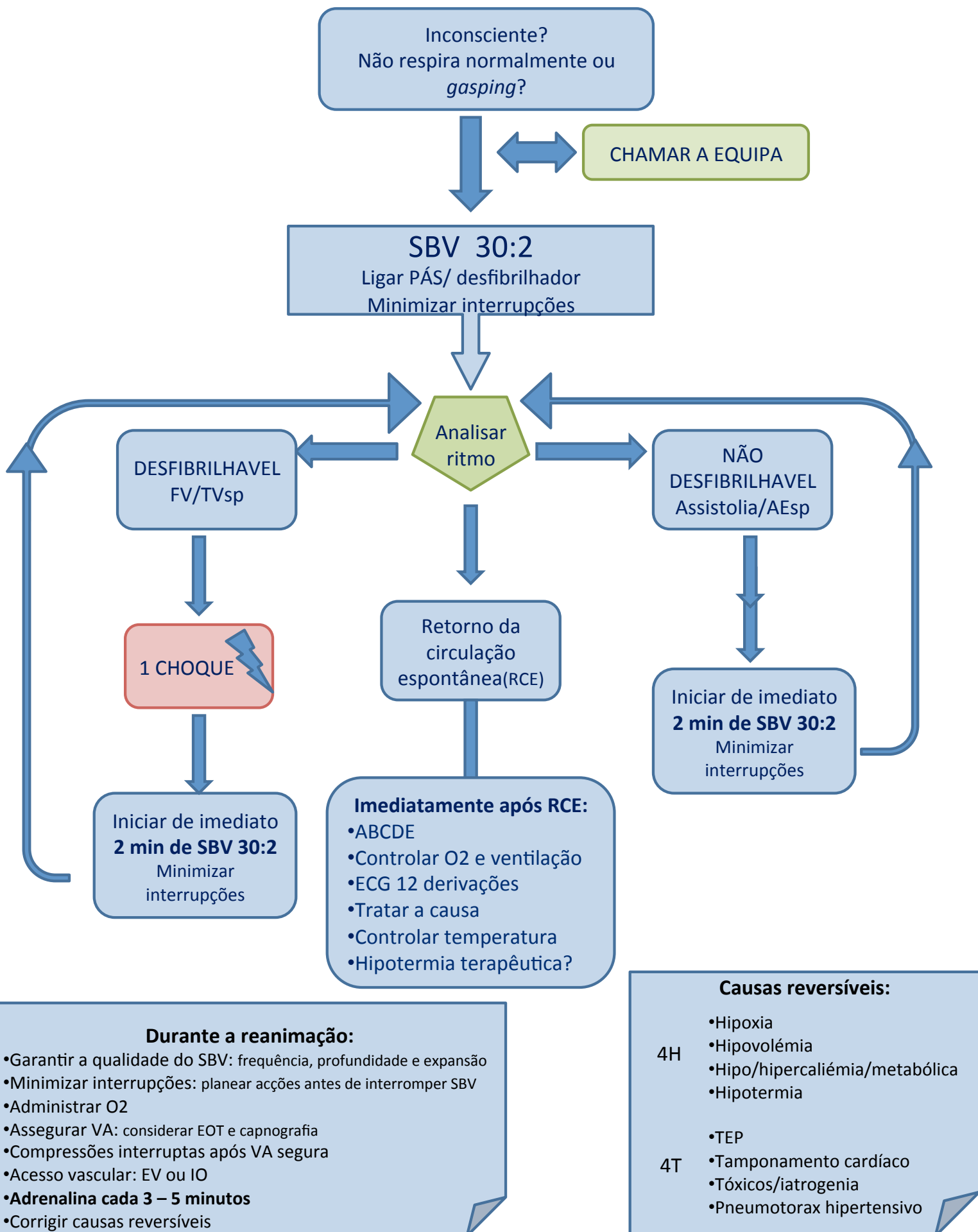
6. ANEXOS

Anexo I – Algoritmo para o controlo da dor



Anexo II – Poster Algoritmo SAV

ALGORITMO DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA



Anexo III – apreciações dos orientadores de estágio

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A experiência foi bastante positiva para mim, porque a mesma demonstrou conhecimentos e competências que foram uma mais valia e tornaram o campo de estágio mais rico em aprendizagens.

Demonstrou competências práticas e teóricas exemplares.

Desenvolveu o seu projeto no âmbito de doc e dinamizou o tema na equipa, partilhando conhecimentos e cobrindo uma necessidade de serviço, sempre com um elevado sentido crítico.

Elaborou em equipa o/ outro slide de trabalho um poster com as guidelines mais recentes sobre suporte circulatório de vida que deixaram no serviço.

Classifico o percurso de aquisição / desenvolvimento de competências com muito bom.

Data:

Tutor

Assinatura

Data:

Orientador

Data:

Estudante

Adriano H. Rosa

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIAÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A estudante revelou capacidade de agir como perita na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de urgência, promovendo desta forma, qualidade na prestação de cuidados.

Demonstrou conhecimentos aprofundados na área, e espírito crítico e reflexivo. Demonstrou capacidade de deteção de problemas, com intervenção directa nos cuidados e para com os seus pares, tendo-se evidenciado mudança de comportamentos e actuação. É salientada ainda a importância da intervenção da estudante na monitorização dos cuidados.

Data:

Tutor

Assinatura

Data:

Orientador

Maria João Rebelo Lopes

M. João Lopes

Data:

Estudante

7. APÊNDICES

Apêndice I – Objetivos específicos e atividades do projeto

Objectivos	Actividades
Conhecer a dinâmica funcional do serviço	• Reunião informal com o Enfermeiro orientador para adquirir conhecimento da organização e funcionamento da unidade; • Consulta de protocolos, normas e manuais implementados e em uso no serviço; • Conhecer a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados de enfermagem. • Maximizar o conhecimento da instituição e da realidade no sentido de dar resposta às questões
Desenvolver competências no cuidar da pessoa em situação emergente na manutenção e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	• Planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem de acordo com o doente e equipa multidisciplinar e os seus problemas reais e potenciais; • Aprofundar conhecimentos sobre ventilação mecânica; • Prestar cuidados ao doente ventilado; • Esclarecer dúvidas com o enfermeiro orientador; • Adquirir e/ou aprofundar conhecimento sobre técnicas e/ou protocolos instituídos no serviço
Fazer a gestão diferenciada da dor no doente inconsciente em situação crítica e/ou em falência orgânica optimizando respostas.	• Realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema para aprofundar conhecimentos sobre os aspectos relacionados com os mecanismos da dor; • Aquisição conhecimentos sobre as escalas existentes para avaliação da dor no doente inconsciente sedado e/ou com ventilação mecânica, realizando pesquisa sobre as mesmas, com especial enfoque na escala comportamental (BPS); • Aquisição de conhecimentos sobre as escalas existentes para avaliação do nível de sedação; • Aprofundar conhecimentos sobre as diferentes formas de intervenção, farmacológicas e não farmacológicas, actualmente utilizadas para a prevenção, alívio e gestão da dor na pessoa inconsciente, sedada e/ou ventilada; • Obter e/ou aprofundar conhecimentos sobre a gestão e o controlo da dor no doente inconsciente, através da pesquisa e da informação transmitida pelo perito, para além do exercício da prática reflexiva durante o estágio;

	• Colaboração na avaliação e gestão da dor no doente inconsciente em situação crítica utilizando as normas e protocolos existentes na Unidade;
Desenvolver competências na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.	• Pesquisa da literatura em bases de dados electrónicas; • Conhecer os protocolos e normas do serviço relacionados com a prevenção e controlo de infeção; • Conversas informais com os enfermeiros do serviço para identificação de potenciais necessidades de formação; • Realizar a prestação de cuidados tendo em conta estratégias para a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde; •
Adquirir e/ou aprofundar competências na gestão da comunicação interpessoal com a família do doente inconsciente sedado e/ou com ventilação mecânica em situação crítica.	• Acompanhar o enfermeiro orientador na preparação da família no momento do acolhimento; • Promover uma relação de confiança e privacidade com a família; • Fornecer informações pertinentes ao longo do internamento, realizando a gestão da informação transmitida;
Adquirir competências na gestão de protocolos terapêuticos e sua administração, em ambiente de UCI	• Identificar os fármacos mais utilizados na Unidade; • Conhecer protocolos existentes da administração de fármacos; • Colaborar na administração de fármacos, identificando possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos.

Adquirir competências para colaborar activamente na concepção e gestão de um programa de controlo da dor no doente inconsciente que promova a melhoria continua da qualidade. Adquirir competências no desenvolvimento das aprendizagens profissionais, identificando as necessidades formativas relativamente à avaliação da dor na pessoa inconsciente, sedada e/ou com ventilação mecânica em situação crítica, promovendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros;	• Obter conhecimentos sobre a elaboração de um protocolo de serviço e sua implementação • Desenvolver sessões de sensibilização da equipa para a avaliação sistemática e gestão da dor na pessoa inconsciente, sedada e/ ou ventilada; • Evidenciar junto da equipa benefícios da avaliação sistemática e gestão da dor na pessoa inconsciente, sedada e/ ou ventilada, a nível da melhoria do bem-estar da pessoa e na diminuição da morbilidade; • Desenvolver em conjunto com a equipa a implementação da avaliação sistemática e gestão da dor na pessoa inconsciente, sedada e/ ou ventilada;
Gerir e interpretar de forma adequada a informação proveniente da minha formação inicial e experiência profissional	• Conjuguar os conhecimentos teóricos com a prática da enfermagem recorrendo à pesquisa bibliográfica (se necessário) • Desenvolver a capacidade de tomada de decisões baseada no evidência científica;
Desenvolver a análise critica relativamente ao processo de ensino/aprendizagem	• Elaborar um relatório crítico com a descrição das experiências e sentimentos vividos que reflecta o meu desempenho.

Apêndice II – Jornais de aprendizagem

Jornal de Aprendizagem nº1

Gestão da dor no doente inconsciente

Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica

Margarida Maria Ramos de Matos e Froufe dos Santos nº 3755
01-11-2011

No âmbito do estágio a decorrer durante o 3º semestre do 1º Mestrado de Enfermagem de Pessoa em Situação Crítica, com a temática de Gestão da dor no doente inconsciente no Serviço de Urgência emerge a necessidade de reflectir sobre as vivências do período decorrido na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, local escolhido para desenvolver competências no cuidar da pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, com enfoque no doente inconsciente, ventilado e/ou sedado com risco experienciar dor.

Uma vez que não conhecia o funcionamento e dinâmica desta Unidade é, a meu ver, pertinente descrever uma breve caracterização da mesma.

A Unidade de Cuidados Intensivos onde me encontro a estagiar é uma unidade polivalente de adultos com capacidade até oito doentes. O seu espaço físico está dividido em três salas (duas duplas e uma com quatro camas), cada uma com uma área de trabalho. Existe, uma zona de sujos, um armazém, copa e gabinetes médico e de enfermagem. Também se encontra integrado neste espaço físico o serviço de hemodinâmica.

Os enfermeiros encontram-se divididos em equipas de quatro ou cinco elementos, existindo em todos os turnos o rácio de até dois doentes por enfermeiro. O método adoptado na Unidade, segundo os modelos de organização de HESBEEN é o de enfermeiro responsável, *“cada enfermeira é responsável pela execução de todos os cuidados de que os doentes que lhe são confiados necessitam, durante todo o seu turno de trabalho diário”*. (Hesbeen, 2001).

A proveniência dos doentes que são internados neste serviço pode ser de uma das várias unidades de internamento ou serviço de urgência do centro hospitalar que integra assim como de qualquer outro ponto do País e podem ser quer do foro médico, cirúrgico ou traumático.

Embora com capacidade para oito doentes, apenas em parte do período de estágio esta capacidade foi atingida, na sua maioria dos turnos esta esteve com 50% da mesma.

A Unidade de Cuidados Intensivos é o serviço onde se prestam cuidados complexos, activos e permanentes a doentes em situação de ameaça ou de falência real das suas funções vitais. A patologia dos doentes é na sua grande maioria médica, e estes carregam consigo já inúmeros antecedentes pessoais que condicionam a mesma, no entanto, tive também a oportunidade, juntamente com o meu orientador, de ficar responsável por doentes do foro neurocirúrgico em contexto de grande trauma. Este facto permitiu dar um início mais prático à aquisição de

competências na avaliação da dor ao doente inconsciente em situação crítica, uma vez que os outros doentes atribuídos até então estavam conscientes sendo utilizada a escala numérica.

Embora na pesquisa efectuada, vários são os trabalhos que referem que a dor em ambiente de cuidados críticos é frequentemente subvalorizada, constituindo-se como um problema para a equipa de cuidados, (Swearinger & Keen, 2005), neste serviço a dor é avaliada sistematicamente e está contemplada nos planos de cuidados elaborados individualmente para cada doente. Porém, a avaliação da dor ao doente inconsciente efectuada neste serviço é baseada no comportamento e avaliação de funções vitais sem ser aplicada nenhuma escala específica das estudadas até agora, havendo uma escala adaptada e não validada numerada de 0 a 5 (nenhum dor, ligeira, moderada, intensa e muito intensa), tornando-a ainda mais subjectiva.

Também a escala de avaliação do grau de sedação do doente é diferente daquela abordada nos artigos analisados até agora. Nesta Unidade, em consenso com o restante hospital, é aplicada a escala de Ramsay em vez da escala se Richmond Agitation-Sedation scale (RASS).

Estas escalas não são no seu essencial muito diferentes, ambas discriminam estadios despertos e adormecidos do doente. Um estudo publicado em 2008 que pretendia comparar as duas escalas refere que apresentam uma excelente correlação entre elas. Embora a mais utilizada seja a escala de Ramsay, a escala de Richmond é uma alternativa válida para a avaliação da sedação em doente críticos, uma vez que além de possuir todas as vantagens da escala de Ramsay, apresenta uma avaliação mais precisa do estado de agitação. (Mendes, Vasconcelos, Tavares, & al, 2008)

No período inicial de estágio estive responsável, juntamente com o meu orientador, por uma doente de 40 anos vítima de traumatismo de crânio por queda da qual resultaram múltiplos focos de contusão frontais.

A doente encontrava-se conectada a prótese ventilatória em pressão assistida, apresentava um score 8 na Escala de Glasgow (O2, V1, M5), encontrava-se sedada com perfusão de propofol a 5cc/h e sem qualquer analgesia prescrita.

Durante os momentos de repouso a doente permanecia com fâcies relaxada, bem adaptada a prótese ventilatória apenas com acessos de tosse esporádica e com movimentos repetidos de flexão do hemicorpo direito.

A quando do momento de um procedimento doloroso, como por exemplo posicionamento, a senhora reagia com contracção da face moderada, mantinha-se bem adaptada mas com aumento dos episódios de tosse e ficava ligeiramente agitada com aumento dos movimentos do hemicorpo direito e cerrando as mãos.

Pela escala de avaliação da dor optada (BPS), a doente tinha um score de 5 em repouso com agravamento para score 7 em procedimentos dolorosos. Em relação ao nível de sedação encontrava-se com o nível 4 na escala de Ramsay e nível -4 na escala de Richmond.

No meu entender, a doente apresentava dor e já estava com um nível de sedação elevado. Segundo os estudos, deverá ser considerado dor se score > 4 na escala BPS e o nível de sedação entre 2 e 4 (Ramsay) ou +1 a -1 (Richmond) (Mendes, Vasconcelos, Tavares, & al, 2008) e (Ferreira, Oliveira, Roque, & Baltazar, 2008)

Benner, Kyriadis e Stannard (1999), referem que de modo a proporcionar bem estar total da pessoa no que diz respeito ao controlo da dor, a analgesia deve ser administrada em conjunto com medidas de conforto básicas que se constituem como competências do enfermeiro, sendo que nenhum fármaco as poderá substituir.

Assim, foram corrigidos os posicionamentos da doente, confirmados os dispositivos orotraqueal e vesical, uma vez que podiam estar a causar desconforto. As medidas tomadas não produziram qualquer alteração pelo que foi comunicado ao clínico que a doente poderia estar a experienciar dor, de modo a que fosse efectuada alteração terapêutica.

Esperava que fosse prescrito analgesia, em perfusão ou em bólus, no entanto a aguardada alteração passou por elevar o débito da perfusão do propofol até um limite de 10cc/h. O clínico ao notar a minha admiração, embora não tivesse feito qualquer comentário visto querer trocar opiniões com o meu orientador, justificou a sua prescrição. Segundo ele, a doente estava a ter uma reacção esperada devido às lesões e necessitava de ficar mais sedada de modo a que fossem anulados os movimentos involuntários que apresentava do hemicorpo direito, uma vez que a adaptação ventilatória à prótese mecânica era satisfatória.

Na verdade, após ter chegado ao limite de 10cc/h de sedação com propofol, a doente diminuiu consideravelmente os movimentos que apresentava em repouso e já sem quaisquer acessos de tosse, excepto a quando dos posicionamentos ou aspiração de secreções brônquicas (procedimentos dolorosos).

Esta situação deixou-me constrangida uma vez que considero que a doente estava com dor e que esta era mantida, apenas a reacção tinha sido anulada. A meu ver, seria necessária a prescrição de analgesia em paralelo com a sedação, mas como ainda não me sentia integrada na equipa não me manifestei com receio de causar atritos. Considero que a minha actuação enquanto enfermeira ficou aquém do devido, ao cuidar da pessoa, não pode ser esquecido que o enfermeiro tem o dever de advogar o seu doente defendendo os seus direitos, cuidando e protegendo, uma vez que este se encontra numa situação de vulnerabilidade – princípio de beneficência.(Pettengill & Angelo, 2005)

Assim, após reflectir sobre a minha actuação, senti necessidade de colmatar a minha prestação e não deixar que a situação se repetisse. Ao ficar responsável por outro doente que também demonstrava estar a experienciar dor e apenas tinha sedação prescrita, falei com o meu orientador e comunicamos aos clínicos a necessidade de ser prescrita a analgesia, tendo o doente iniciado perfusão contínua de remifentanil.

O facto de ter sido tido em conta a avaliação da dor, por parte do enfermeiro, e feita a sua gestão, foi algo de gratificante para mim, uma vez que não só foi atingido o objectivo imediato (minimizar/ anular a dor da pessoa) como foi feito através de um trabalho em equipa e este promove uma melhor prestação de cuidados de saúde, aumento da satisfação profissional e a eficiência do serviço de saúde. (Stone, 2010)

BIBLIOGRAFIA

- Benner, P., Kyriakidis, p., & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdow and intervenions in Critical care; a thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.
- Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (Março de 2008). Cuidar do Doente Crítico com Dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). *Revista Sinais Vitais* , nº 77, pp. 24-28.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, pensamento e acção na prespectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Mendes, C. L., Vasconcelos, L., Tavares, J., & al, e. (2008). Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Revista Bras Ter Intensiva* , 20 (4), pp. 344-348.
- Pettengill, M., & Angelo, M. (2005). Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Latino-Am Enfermagem* , V 13, N 6, pp. 982-988.
- Stone, J. (2010). Moving interprofessional learning forward through formal assessment. *Medical Education* , 44, pp. 396-403.
- Swearinger, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em cuidados intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª Ed ed.). Lusociência.

Jornal de Aprendizagem nº2

Comunicação com a Família do Doente na UCI

Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica

Margarida Maria Ramos de Matos e Froufe dos Santos nº 3755

Dezembro 2011

No âmbito do Ensino Clínico que se encontra a decorrer e tendo como um dos objectivos Adquirir e/ou aprofundar competências na gestão da comunicação interpessoal com a família do doente inconsciente sedado e/ou com ventilação mecânica em situação crítica, torna-se relevante reflectir sobre esta temática e sobre a minha “actuação” ao longo deste período.

De acordo com Phaneuf (2005, p.22) *“comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo. É preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós”*.

Segundo Jacobowski et al (2010, p.421), *“A comunicação com os familiares de doentes em unidade de cuidados intensivos é desafiador e cheio de insatisfação”*, Davidson (2010,p.28) acrescenta que os familiares dos doentes em situação crítica podem estar a vivenciar uma situação de ansiedade e depressão e que a falta de comunicação/entendimento da situação pode impedir o membro da família de lidar com essa situação crítica. No entanto para Watson *“a clareza de expressão assiste os enfermeiros no cuidar. Quanto mais claramente o sentimento é transmitido..., mais apto está o receptor a experimentar a união”* (Watson, 2002)

A situação em causa ocorreu logo nas primeiras semanas de estágio. A Unidade onde me encontro a estagiar tem horas pré-definidas para visitas, a primeira às 14h30 e a segunda às 18h30. No momento da inscrição para a mesma, além do grau de proximidade com o doente é questionado se é a primeira vez que visita o doente de modo a alertar os enfermeiros. Deste modo, pretende-se minimizar o impacto que a permanência num local como a unidade tem nos familiares. Ao realizar o acolhimento da pessoa significativa, os enfermeiros desta Unidade vão de encontro à ideia de Davidson quando este menciona no seu artigo que o enfermeiro deve escutar e clarificar, explicar o ambiente que rodeia o doente e como pode interagir, procurando individualizar as informações. (Davidson, 2010)

O doente em questão tinha sido internado durante o período da noite (proveniente da urgência), encontrava-se vigil por periodos, ventilado em pressão assistida, sujeito a técnica dialítica e tinha recebido a visita da mulher no primeiro período das 14h30. Foi feito o acolhimento por parte dos enfermeiros como preconizado na Unidade.

No segundo tempo de visitas (18h30), foi apenas comunicado que o doente tinha visitas não especificando quem. A familiar (filha), ao chegar e antes de entrar na sala, abordou-me e à minha colega de estágio, com fâcies contraído e assustado e solicitou se a podíamos acompanhar e explicar o que iria encontrar, uma vez que era a primeira vez eu se encontrava num lugar como aquele e estava com receio.

Antes de entrarmos no quarto, explicámos o ambiente que rodeava o seu pai, tentámos saber até onde tinha conhecimento da situação e fomos fornecendo informação que pensámos ser pertinente naquele momento. Posteriormente, acompanhámo-la até ao pé do pai e permanecemos junto deles, incentivando a que comunicasse com ele. O próprio doente, solicitou-nos papel e caneta (meio já tentado para comunicar com ele anteriormente) e escreveu *Bom Dia*, entregando-o à filha. Naquele momento e ao verificar uma descontração imediata por parte da mesma, afastámo-nos, permanecendo na sala de modo a estarmos disponíveis para outras dúvidas que surgissem.

Esta situação aqui relatada deixou-me inicialmente muito constrangida, nem eu nem a minha colega estavam despertas para a possibilidade de a visita ser outra pessoa que não a mulher pelo que não tinha sido antecipada a sua presença e feito o seu acolhimento de modo apropriado. A familiar teve que verbalizar a sua necessidade e solicitar a nossa ajuda.

Fez pensar que ainda tinha muito para desenvolver nesta área, segundo Benner (2001, p37), no seu livro de Iniciado a Perito, “ *a condição prévia para a percepção de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo.*” Acrescenta ainda que, “*na prática, este conhecimento anterior, ou pré conhecimento, é muitas vezes formado a partir da teoria, pelos princípios e pelas experiências anteriores.*” A minha experiência prévia é relacionada com o contacto com os familiares/pessoas significativas no Serviço de Urgência, onde estes podem acompanhar praticamente todo o processo desde o momento da entrada até à tomada de decisão clínica de alta ou internamento do seu doente e estão, na minha percepção, mais direccionados para informações como diagnósticos, resultados de exames e tratamentos efectuados, tentando obter respostas no imediato da resolução do problema actual que os levou até lá.

Acredito que numa próxima situação tal não tornará a suceder, este momento actuou como sinal de alerta, permitiu despertar para um outro lado das necessidades comunicacionais da família da pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica, desenvolvendo assim as minhas competências nesta área e promovendo uma evolução e melhoria do Cuidar. Citando Jacobowski et al (2010), *“a compreensão do estado da arte de cuidar dos doentes na Unidade de Cuidados Intensivos envolve não só um excelente tratamento médico mas também uma comunicação ideal. Os membros da família que tomam as decisões pelos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos experienciam situações de stress caracterizadas por uma comunicação pobre.”* Esta ideia vai de encontro ao escrito por Galinha quando diz que *“é imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para gerir os níveis de stress e ansiedade do familiar, ciente que tal optimiza o processo comunicacional necessário à melhoria dos cuidados de enfermagem.”* (Galinha, 2009)

Ao longo do restante período de estágio tenho vindo a desenvolver e a treinar esta competência de modo a ultrapassar as dificuldades sentidas inicialmente indo de encontro ao objectivo por mim traçado.

Bibliografia

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

Davidson, J. (2010). Facilitated Sensemaking. A Strategy and New Midle-Range Theory to Support Families of INTensive Care Unit Patients. *Critical Care Nurse* , 28-39.

Galinha, F. (2009). Mediar para Cuidar: AS atitudes dos Enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente. Contributos das técnicas de mediação familiar? In E. S. Porto, *Da Investigação à prática de Enfermagem de família* (pp. 49-57). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Jacobowski, N., Girard, T., Mulder, j., & Ely, E. W. (Setembro de 2010). Communications in critical care: Family Rounds in Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care* , 421-430.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Jornal de Aprendizagem nº3 estratégia terapêutica de hipotermia

Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica

Margarida Maria Ramos de Matos e Froufe dos Santos nº 3755

No âmbito do Ensino Clínico que se encontra a decorrer e tendo em conta o objectivo desenvolver competências no cuidar da pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e estando neste momento no meu contexto de trabalho a ser implementado o protocolo de Hipotermia Terapêutica como estratégia terapêutica após paragem cardíaca, torna-se pertinente uma breve reflexão sobre esta temática, uma vez que a Unidade onde me encontro a estagiar tem esta estratégia já instituída e é o serviço de referência para receber estes doentes.

A hipotermia terapêutica define-se como sendo uma redução da temperatura central de modo controlado do doente. (Feitosa-Filho, Sena, Gimarães, & Lopes, 2009) Segundo, Tice (2011) e Pedroza (2006), pode ser dividida em três categorias, leve, moderada ou severa. Esta técnica foi inicialmente estudada no contexto de paragem cardiorespiratória nos anos 50 tendo sido retomados os estudos em 1980 sendo posteriormente desenvolvida. (Pedroza, 2006)

Segundo os artigos de revisão consultados, os estudos revelam que a instituição desta técnica em doentes pós paragem cardiorespiratória contribuem para a diminuição da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida, uma vez que *“provoca uma redução na entrega de oxigénio cerebral, diminuindo reacções enzimáticas nocivas, diminuição da produção de radicais livres, e limita a libertação de neurotransmissores excitatórios”*. (Tice, 2011) Abreu & al(2011) acrescentam no seu estudo, que esta *“revelou ser simples e eficaz e permitiu obter em doentes com indicação, boa recuperação neurológica”* (Abreu, Duque, Paulino, Silvestre, Gonçalves-Pereira, & Póvoa, 2011)

No serviço de urgência onde trabalho foi realizada há menos de um ano, formação no sentido de implementação do protocolo de Hipotermia Terapêutica, havendo ainda poucos casos onde tenha sido instituído. No entanto, e durante o último turno realizado na UCIP deu entrada, vinda da sala de reanimação da Urgência, um doente com indicação para a realização do mesmo.

O doente do sexo masculino, 80 anos, com antecedentes de doença pulmonar obstrutiva e insuficiência renal, sofreu síncope seguido de paragem cardiorespiratória,

na presença da tripulação de bombeiros que o transportava à sessão de diálise. Foi iniciado SBV com apoio de DAE, encontrando-se em fibrilhação ventricular foi desfibrilhado e transportado ao Serviço de urgência onde foram continuados os cuidados segundo o algoritmo de SAV, com recuperação de circulação espontânea após 10 minutos. Realizou exames complementares de diagnóstico (análises sangue, TAC CE e ECG) sem alterações e motivos aparentes para o sucedido e foi transferido, após contacto, para a UCIP.

À chegada, encontrava-se entubado e conectado a prótese ventelatória em Volume controlado, com dois acessos venosos, com entubação naso-gástrica e algaliado em anúria. Foram realizadas as técnicas invasivas para colocação de cateter central, linha arterial e cateter de diálise e posteriormente foi colocado o fato de arrefecimento para atingir a temperatura de 33°C (hipotermia leve), facto conseguido cerca de 3 horas após a entrada do doente. Concomitantemente, iniciou técnica dialítica contínua e foi sedo-analgésico com perfusão contínua de midazolam e remifentanil. Apenas iniciou perfusão de soro fisiológico gelado no final das técnicas realizadas.

A ILCOR recomenda a indução de hipotermia moderada em doentes em coma sobreviventes de paragem cardiorespiratória pré-hospitalar com ritmo cardíaco de fibrilhação ventricular (Nolan, Morley, Hoek, & Hickey, 2003). A decisão clínica de iniciar a estratégia terapêutica de hipotermia foi, portanto, de acordo com as recomendações internacionais.

No documento com as orientações para a realização desta técnica da unidade vem descrito que *“ o arrefecimento inicial deve ser imediato e muito agressivo pelo menos até à temperatura central ser inferior a 35,5°C e não deve ser atrasado para qualquer procedimento (ex: colocação de cateter) o exame complementar (Ex: TAC CE)”* (UCIP)

As medidas tomadas em relação a este doente não foram, na sua totalidade, de encontro ao preconizado, realizou ECD's e técnicas invasivas primariamente, no entanto, segundo a bibliografia consultada embora deva ser iniciada o mais precocemente possível, a evidência demonstra resultados positivos mesmo quando iniciada tardiamente. (Nolan, Morley, Hoek, & Hickey, 2003) (Pedroza, 2006)

Também a terapêutica instituída me suscitou dúvidas, as recomendações da ILCOR referem que deve ser administrado sedação e um curarizante de modo a prevenir o aumento de gasto de oxigénio devido aos tremores. (Nolan, Morley, Hoek, & Hickey, 2003). No documento da unidade é também feita essa referência, com a ressalva de que o curarizante deverá ser feito na presença de tremores e não preventivamente, motivo pelo qual o doente não o fez.

A leitura dos artigos de revisão permitiram aprofundar a temática, embora abordado de modo sumário, não obstem os conhecimentos adquiridos, a passagem à prática, de modo a poder ser impulsionadora, no meu serviço, da sua implementação em conjunto com a restante equipa.. Ao exercer funções quer na sala de reanimação, quer como chefe de equipa, tenho a possibilidade de actuar de acordo com as necessidades do doente naquele momento, podendo argumentar com base na evidência a pertinência desta estratégia nos doentes vítimas de paragem cardiorespiratória que não estejam dentro dos critérios de exclusão.

Embora esta pequena reflexão aparente ser direccionada para a técnica, para evoluir como enfermagem e atingir o nível de perita referido por Benner, não posso deixar de mencionar Watson, citando Mayerhoff, *“ nós, algumas vezes, falamos como se cuidar não requeresse conhecimentos, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou atenção calorosa...”* (Watson, 2002)

Também Locsin e Purnell, referem que reconhecer o fascínio da tecnologia e do sofrimento que ocorrem como consequência de tecnologia e seu uso são essenciais para a enfermagem e sua prática. (Locsin & Purnell, 2007)

Bibliografia

- Abreu, A., Duque, A., Paulino, C., Silvestre, J., Gonçalves-Pereira, J., & Póvoa, P. (2011). Papel neuroprotector da hipotermia terapêutica pós paragem cardio-respiratória. *Rev Bras Ter Intensiva* , 23 (4), 455-461.
- Feitosa-Filho, G., Sena, J., Guimarães, H., & Lopes, R. (2009). Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorespiratória: evidências e aspectos práticos. *Rev Bras Ter Intensiva* , 21 (1), 65-71.
- Locsin, R., & Purnell, M. (2007). Rapture and Suffering with Technology in Nursing. *International Journal for Human Caring* , Vol 11, Nº 1, 38-43.
- Mongardon, N., Perbet, S., Lemiale, V., Dumas, F., Poupet, H., Charpentier, J., et al. (06 de Janeiro de 2011). Infectious Complications in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients in the Therapeutic Hypothermia Era. *Critical Care Med* , 39 (6), pp. 1359-1364.
- Nolan, J., Morley, P., Hoek, T., & Hickey, R. (2003). Therapeutic hypothermia after cardiac arrest. An advisory statement y the Advance Life Support Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation. *Elsevier* , pp. 231-235.
- Pedroza, J. (2006). Cuidados pós ressuscitação: Hipotermia Terapêutica. In *Medicina Perioperatória* (pp. 1289-1301). Rio de Janeiro.
- Tice, J. A. (23 de 06 de 2011). Obtido em 04 de 01 de 2012, de WWW.medscape.com.
- UCIP. (s.d.). *Estratégia Terapêutica após Paragem Cardíaca* . Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa: Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice III – Estudo de Caso

Estudo de Caso

Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica

Margarida Maria Ramos de Matos e Froufe dos Santos nº3755

Dezembro, 2011

Lista de siglas

AARC - American Association for Respiratory care
AE – Alimentação Entérica
BE – excesso de bases
Ca - Cálcio
cc – centímetro cúbico
cc/h – centímetro cúbico por hora
Cl – Cloro
cpm – ciclos por minuto
CVC – cateter venoso central
DGS – Direcção Geral de Saúde
DV – drenagem vesical
EDA - endoscopia digestiva alta
FiO₂ – fracção inspirada de oxigénio
FR – frequência respiratória
GCS- Glasgow Coma Scale
H - hora
HCO₃ – bicarbonato de sódio
HDA – hemorragia digestiva alta
HDFVVC – hemodiafiltração veno-venosa contínua
Hg - hemoglobina
IACS – infecção associada aos cuidados de saúde
IN – infecção nasocomial
INR – razão normalizada internacional
K – potássio
l/min. – litros por minuto
LA – linha arterial
Mg - magnésio
mg/dl – miligramas por decilitro
mmHg – milímetros de mercúrio
Na – sódio
O₂ - oxigénio

Estudo de Caso

OMS – Organização Mundial de Saúde

P - fósforo

PA – pressão assistida

PC – pressão controlada

pCO₂ – pressão parcial de CO₂ no sangue

PCR – proteína c-reactiva

PEEP – pressão final expiratória positiva

pO₂ – pressão parcial de O₂ no sangue

SatO₂ – saturação de oxigénio

SNG – sonda nasogástrica

SU – serviço de urgência

TOT – tubo oro-traqueal

TP – tempo de protrombina

TT – temperatura timpânica

UCI – unidade de cuidados intensivos

UCIP – unidade de cuidados intensivos polivalente

UF – ultra filtrado

VGM – volume globular médio

Índice

Lista de siglas	1
Índice de quadros	4
1. Introdução	5
2. Descrição da situação.....	6
3. Fundamentação dos cuidados prestados.....	10
4. Considerações finais.....	15
5. Bibliografia	17

Estudo de Caso

Índice de quadros

Quadro 1 – valores analíticos no SU	7
Quadro 2 – Procedimentos efectuados na UCIP	8
Quadro 3 – Valores analíticos gasimétricos na UCIP	8
Quadro 4 – Valores analíticos UCIP	9
Quadro 5 – terapêutica prescrita ao longo do internamento	9

1. Introdução

No âmbito do 1º mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica e inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, surge a elaboração de um estudo de caso.

“ Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um curso, uma disciplina, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social (...) debruça-se deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo contribuir para a compreensão global do fenómeno de interesse”. (Ponte, 1994, p. 2)

Benner refere, no seu livro de iniciado a perito, que as enfermeiras *“aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”* (Benner, 2001, p. 50)

Assim, com este estudo de caso pretende-se fundamentar os cuidados prestados ao doente/família, desenvolvendo competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica. Será feita uma breve descrição do caso, seguindo-se a análise dos cuidados prestados. Por último, serão feitas algumas considerações finais que transmitam a reflexão e análise efectuada neste caso.

2. Descrição da situação

C.B. de 60 anos, sexo masculino, raça caucasiana, antecedentes pessoais de etanolismo, diabetes mellitus não insulino tratado e eplipesia, com múltiplas entradas no Serviço de Urgência (SU), foi admitido na UCIP a 6 Novembro 2011 por Insuficiência Renal e Acidose Metabólica grave com Hiperlactémia.

Encaminhado ao SU por ter sido encontrado caído com depressão do estado de consciência perto da cama. À entrada apresentava, via aérea permeável temporariamente com tubo orofaríngeo, respiração polipneica com 35 cpm, Sat O₂ 97%, com administração de O₂ por máscara facial a 10l/m, tempo de reenchimento capilar superior a 2 segundos, Tensão sistólica de 90 mmHg, Score 5 (O3V1M1) na Escala de Coma de Glasgow (GCS), pupilas midriáticas e simétricas com reacção lenta à luz, hipotermico (TT 33°C), imobilização de Gerdy constritivo no membro superior esquerdo por fractura subcapital do úmero esquerdo com cerca de uma semana de evolução e hematoma extenso no hemitorax esquerdo e apura-se com a mulher a suspeita de ingestão abusiva de Dormicum® na véspera.

Foi entubado orotraquealmente para protecção permanente da via aérea, puncionados dois acessos venosos periféricos, feitas colheitas de sangue para análises, retirada imobilização do membro superior que tinha aparente ausência de pulso radial, sendo apenas detectado por ecografia portátil. Foi entubado nasogastricamente, com retorno de sangue digerido, motivo pelo qual foi pedido apoio de gastroenterologia. Após administração de flumazenil, apresenta melhoria do score de GCS para 13.

Realizada endoscopia digestiva alta (EDA), revela esofagite erosiva de Grau C, após chegada de valores analíticos, e por apresentar acidose metabólica grave, é conectado a prótese ventilatória, por valores de hemoglobina de 7mg/dl, transfunde-se com três unidades de concentrado eritrocitário.

Por manutenção da instabilidade hemodinâmica, inicia suporte com noradrenalina em doses crescentes e é transferido para a UCIP de modo a garantir a necessidade de suporte ventilatório e substituição da função renal.

Estudo de Caso

Gasimetria	Entrada	Saída		
pH	6.7	6.91	Eritrócitos	2.09
pCO ₂	17.4	22	Hemoglobina	7.3
pO ₂	85.3	67.4	Hematócrito	22.0
HCO ₃	2.1	5.6	VGM	105.1
BE	- 29.6	-25.1	Leucócitos	17.200
SaO ₂	89.2	86.9	Neutrófilos	73.1
Lactatos	8.8	9.2	Eosinófilos	
			Basófilos	0.3
			Linfócitos	15.7
			Monócitos	10.9
			Plaquetas	398000
			PCR	8.2
			TP	16.6
			INR	1.5
			D-Dímero	2.6
			Glicémia	277
			Creatinina	6.3
			Ureia	119
			Bilirrubina Total	0.57
			Sódio	134
			Potássio	6.4
			Cloro	96
			Cálcio	8.1
			Fósforo	11.4
			Magnésio	2.4

Quadro 1 – valores analíticos no SU

À entrada no UCIP foi sujeito a técnicas invasivas necessárias para a monitorização e procedimentos adequados (quadro 2), esteve conectado a prótese ventilatória tendo sido feito desmame e desconexão por um período de 8 horas na tarde de 7 de Nov., iniciou técnica de substituição renal – hemofiltração veno-venosa contínua (HDFVVC) – mantendo acidemia metabólica e sem qualquer resposta urinária, teve, também, um episódio limitado de disritmia supraventricular que reverteu com amiodarona em perfusão, mantendo sempre a instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte de noradrenalina, treliressina e adrenalina. Teve necessidade de nova transfusão de concentrado eritrocitário por manutenção da anemia a dia 7 de Nov. Foi

Estudo de Caso

feita avaliação regular da dor, tendo estado com perfusão de sedo-analgésia (propofol e remifentanil) e iniciou 24 horas após a EDA alimentação entérica (AE) diabética.

Permaneceu na UCIP durante 48 horas, nas quais teve visitas de familiares (mulher e filha), verificou-se agravamento progressivo das funções ventilatória, hemodinâmica e metabólica (quadro 3), sendo declarado o óbito clínico pelas 21h20 de dia 8 Novembro 2011.

Equipamento/Procedimento	Data de Colocação
CVC sub-clávia esquerda	6/11/2011
CVC femural direita	6/11/2011
LA umeral direita	6/11/2011
LA femural esquerda	8/11/2011
Ventilação	6/11/2011
Hemodiafiltração veno-venosa contínua	6/11/2011

Quadro 2 – Procedimentos efectuados na UCIP

Data	De 7/11 a 8/11									
Hora	21h	2h	8h	11h30	15h40	18h30	22h	23h	7h	16h
pH	6.91	7.25	7.348	7.37	7.32	7.347	7.364	7.337	7.263	7.222
pCO ₂	24.6	20.4	22.5	19.2	20.4	18	18.4	21.8	23.2	41.5
pO ₂	33	78.2	66	69.5	72.1	64.9	59.1	66.1	51.7	62.9
HCO ₃	6.2	11.5	14.9	14.2	13.3	13.1	13.7	14.3	12.5	16.2
BE	-25.1	-17.3	-12.6	-13.5	-14.3	-15.1	-14.3	-13.4	-15.6	-9.8
SaO ₂	98.7	96.3	95.2	95.9	95	93.8	92	94.3	85	90.6
Lactato	7.3	5.6	6.8	4.8	5.4	5.3	3.9	4.0	7.6	5.4
Na	144	143	140	140	139	138	139	138	137	136
K	5.6	3.7	3.8	3.2	3.5	3.7	3.5	3.5	3.8	4.4
Cl	110	110	109	111	112	109	113	108	108	109

Quadro 3 – Valores analíticos gasimétricos na UCIP

Estudo de Caso

Data	6/11	7/11	8/11
Eritrócitos	2.67	2.64	2.81
Hemoglobina	8.8	8.8	9.3
Hematócrito	26.6	25.5	26.2
VGM	99.5	96.8	94.5
Leucócitos	11.500	3200	1500
Neutrófilos	81.6	67	79.5
Eosinófilos		0.0	0.3
Basófilos	0.2	0.2	0
Linfócitos	11.7	26.2	15.7
Monócitos	6.9	6.6	4.5
Plaquetas	269000	161000	105000
PCR	6.5	6.99	16.7
TP	20.0	20.9	26.1
INR		1.9	2.3
Glicémia	289	72	100
Creatinina	5.1	2.28	1.07
Ureia	115	56	21
Bilirrubina Total	0.73	0.73	0.8
Na	143	140	137
K	5.6	3.85	3.88
Cl	104	104	101
Ca	6.7	8.5	8.3
P	9.4	2.5	1.9
Mg	1.8	1.3	1.5

Quadro 4 – Valores analíticos UCIP

Terapêutica	Dosagem
Soro polielectrolítico simples	21 ^{cc/h}
Esomeprazol	40 mg EV 12/12 ^h
Noradrenalina	20 mg/50 ^{cc} SF 13 ^{cc/h}
Terlipressina	2mg/50 ^{cc} SF 2 ^{cc/h}
Remifentanilo	5 mg/50 ^{cc} 2 ^{cc/h}
Adrenalina	10 mg/50 ^{cc} 10 ^{cc/h}
Topiramato	200 mg 12/12 ^h
Domperidona	10 mg 6/6 ^h
Propofol	1g/50 ^{cc}
AE	1500 ^{cc/d}
Glicémia	4/4 ^h
Insulina actrapid	Segundo protocolo da unidade
HDFVVC	
UF 0	
HF BIC 410	1500 ml/h
HF BIC 410 substituição	1500 ml/h

Quadro 5 – terapêutica prescrita ao longo do internamento

3. Fundamentação dos cuidados prestados

No turno de dia 7 de Novembro, no turno das 8h às 20h30 fiquei responsável, juntamente com o meu orientador, pelo C.B., na avaliação inicial, encontrava-se entubado, conectado a prótese ventilatória em Pressão Controlada (P.C.), com FiO₂ de 40%, FR 16 cpm e pressão inspiratória de 16 e PEEP de 4, aparentemente bem adaptado, sem acessos de tosse ou sinal externo de desconforto, sem analgesia em perfusão e com sedação de propofol 2% a 2cc/h. Mantinha valores de tensão arterial com tendência para a hipotensão, taquicardia aparentemente de base sinusal e score 11 na GCS (O4V1M6). Foi avaliado o nível de dor através de questão da escala numérica, após explicada, uma vez que o doente conseguia comunicar por gestos, negando dor no momento. Apresentava 2 cateteres centrais, um na sub-clávia esquerda de 3 lúmen, onde perfundia a soroterapia e a noradrenalina; e um na femoral direita, onde era instituída a técnica dialítica continua. Apresentava ainda, linha arterial permeável na umeral direita, com curva compatível, SNG com alimentação entérica (A.E.) diabética em curso e DV funcionante mas sem débito.

Durante a prestação dos cuidados de higiene, foi avaliado o nível do TOT com a comissura labial (nº24 - valor de entrada), confirmada a pressão do cuff, uma vez que se aumentada pode provocar lesões isquémicas e de necrose na traqueia. (Marino, 2007, p. 497), foi avaliada a necessidade de aspiração de secreções através da verificação de secreções na tubuladura, má adaptação ventilatória com diminuição do volume inspirado e auscultação, uma vez que não havia sinais de secreções apenas foi feita a higiene oral do doente. As guidelines da *American Association for Respiratory care* (AARC), de 2010 definem que “a aspiração de secreções deve ser efectuada apenas quando necessário e não por rotina.” (AARC, 2010) O doente teve, apenas necessidade de ser aspirado uma única vez ao longo do turno, sendo que foram cumpridas as indicações nas normas e recomendações.

Cerca das 11h, após avaliação clínica e analítica foi colocado em Pressão Assitida (P.A.), mantendo o FiO₂ 40% e passando FR de 12 cpm, estando a realizar na verdade 35 cpm, de modo a iniciar o desmame ventilatório. Esta modalidade é iniciada pelo doente, sendo que o ventilador assiste a respiração do mesmo com uma pressão pré-programada. Após a mudança de regime ventilatório, o doente iniciou quadro de

Estudo de Caso

agitação psico-motora, não cumprindo ordens e tentando exteriorizar o TOT e as linhas venosas. Foram feitas tentativas de explicar ao doente o porquê de não poder retirar nenhum deles e reavaliada novamente a dor e a escala de sedação de Ramsey. O Doente tinha agora dor nível 3 até um máximo de 5 (escala adoptada na UCIP) e Ramsey 1 (ansioso e agitado), após discussão do caso com o meu orientador, reposicionamos o doente e foi comunicado à equipa médica o agravamento das queixas, tendo sido prescrito perfusão contínua de remifentanil que surtiu o efeito esperado com diminuição do nível de dor para 1. No restante turno, o doente foi referindo dor nível 1 ou a ausência da mesma, mesmo após suspensão da perfusão de analgesia por agravamento do valor tensional, apresentando hipotensão marcada. O controlo da dor foi, assim feito maioritariamente através de medidas não farmacológicas, foi dada atenção especial aos posicionamentos (queixas major no ombro fracturado), foi aplicado creme hidratante com massagem ligeira nos membros inferiores e procurou-se manter um ambiente tranquilo com luz natural mas sem o sol incidir directamente no doente.

Vários são os trabalhos que referem que a dor em ambiente de cuidados críticos é frequentemente subvalorizada, constituindo-se como um problema para a equipa de cuidados, (Swearingen & Keen, 2005) de acordo com os mesmos autores, a dor é um factor de stress que contribui para várias complicações como uma ventilação inadequada, imobilidade, depressão, privação do sono, entre outros. Benner, Kyriakidis, & Stannard, no livro *Clinical Wisdom and interventions in Critical care; a thinking-in-action approach*.(1999) referem que de modo a proporcionar bem-estar total da pessoa no que diz respeito ao controlo da dor, a analgesia deve ser administrada em conjunto com medidas de conforto básicas que se constituem como competências do enfermeiro, sendo que nenhum fármaco as poderá substituir. Segundo Urden e al *“Na literatura de cuidados intensivos surgem numerosos métodos de tratamento da dor, para além dos farmacologicos (...) O uso da massagem tem sido a pedra angular dos cuidados de enfermagem ao doente com dor. É uma técnica apropriada para o tratamento da maioria dos doentes críticos”* (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 146). Porém, neste doente, uma vez que tinha história de trauma recente com fractura do úmero e um extenso hematoma no local de maiores queixas álgicas a massagem encontra-se contra-indicada, como relembra Sousa citando Almeida e Duarte *“a massagem está contra-indicada... em zonas adjacentes a fracturas recentes, em*

articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há sinais de compromisso circulatório.” (Sousa, 2009)

Foram realizados os pensos dos cateteres centrais e da linha arterial, uma vez que se encontram sujos, durante os procedimentos foram sempre tidos em conta os aspectos da prevenção e controlo da infecção e foi sendo lembrado de forma informal aos assistentes operacionais acerca da importância da mesma e do correcto manuseamento de materiais e equipamentos, com vista à qualidade dos cuidados. “*A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.*” (DGS, 2007) Segundo o mesmo documento, citando a OMS, um em cada quatro doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), tem um risco acrescido de adquirir uma IACS. (DGS, 2007) Segundo Lacerda & Egry, (1997), cerca de 70% a 80% das IACS são devidas a factores endógenos como a imunossupressão do doente ou morbilidade já existente, indo de encontro ao descrito no Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção de 2009, que refere ser possível prevenir cerca de 30% das IN se aplicadas medidas de prevenção e controlo de infecção. (DGS, 2009) Enquanto enfermeira na prestação directa de cuidados especializados de enfermagem tenho por obrigação e responsabilidade o cumprimento das normas de boas práticas instituída na minha organização, assim como de formar os meus pares e os cidadãos a quem presto cuidados.

A acidose metabólica grave manteve-se mesmo após instituição da terapêutica de técnica dialítica contínua de hemodiafiltração veno-venosa (HDFVVC) (Quadro 3). Esta técnica é um tipo de terapêutica de reposição renal contínua, sendo que estas são habitualmente utilizadas quando existe “*necessidade de remover grandes quantidades de líquidos em doentes com instabilidade hemodinâmica*” (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 850) De acordo com estes autores (2008, p.854) algumas das complicações que podem surgir relacionadas com este tipo de técnica são, entre outros, a presença de coágulos no filtro e hipotensão. O papel desempenhado pelas enfermeiras na monitorização do doente submetido a técnica dialítica contínua é de extrema importância. A sua vigilância e monitorização vão prevenir e detectar potenciais complicações, para além de que supervisiona o equipamento e o seu funcionamento e

esclarece o doente e a família acerca da técnica e necessidade de ser realizada. (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 854) A implementação de HDFVVC necessita de um circuito de anticoagulação (Fieghen & al, 2010, p. 2), no entanto este doente apresentava alterações nos parâmetros analíticos (quadro 4), tinha história recente de HDA com antecedentes de risco (Etanolismo), pelo que na sua prescrição foi retirada a heparina como anticoagulante do circuito. Este facto obriga a uma ainda maior vigilância, e a meio da manhã, houve necessidade de trocar o circuito uma vez que se encontrava com coágulos.

Por estar entubado orotraquealmente a comunicação com C.B. estava limitada, no entanto e uma vez que se encontrava em score 11 da GCS (O4V1M6) era possível com técnicas alternativas. Foi adoptada, após observação da prática do enfermeiro orientador, a técnica de perguntas simples de resposta sim ou não seguida da reformulação da resposta para confirmação. Para Happ, et al. (2011) as interacções existentes entre os enfermeiros e os doentes internados em UCI são influenciadas pelo grau de severidade da doença, nível de consciência e capacidade de resposta.

O doente teve visitas em ambos os períodos preconizados na unidade. A sua mulher esteve presente na primeira visita das 14h30, foi feito o seu acolhimento como recomendado, tendo sido explicado como iria encontrar o seu marido e o ambiente que o envolvia. No período da tarde teve a visita da filha e posteriormente da mulher. A filha de C.B. antes de entrar no quarto teve necessidade de solicitar informação detalhada sobre como iria encontrar o pai e o que iria ver uma vez que se encontrava algo ansiosa. Foi-lhe explicado qual o estado de C.B., que estava entubado pelo que não conseguiria falar mas que a entendia e comunicaria de outras formas, assim como foi feita referência às máquinas circundantes e o que eram. O facto de ter sido dada uma breve explicação do que se iria passar fez com que a filha de C.B. se acalmasse aparentemente e conseguisse estabelecer com ele uma conversação, obtendo respostas de aceno de cabeça do pai e inclusivé ele tivesse solicitado um papel para escrever “*bom dia*”, o que a tranquilizou, embora mantivesse fâcies preocupada e estivesse ciente da gravidade da situação. Já a mulher de C.B. manteve sempre um discurso positivo e esperançoso em relação à situação do marido, sendo difícil de avaliar qual o grau de compreensão da mesma.

Galinha quando diz que *“é imprescindível que o enfermeiro esteja preparado para gerir os níveis de stress e ansiedade do familiar, ciente que tal otimiza o processo comunicacional necessário à melhoria dos cuidados de enfermagem.”* (Galinha, 2009, p. 55). Também Jacobowski et al (2010, 422) referem que, *“a compreensão do estado da arte de cuidar dos doentes na Unidade de Cuidados Intensivos envolve não só um excelente tratamento médico mas também uma comunicação ideal. Os membros da família que tomam as decisões pelos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos experienciam situações de stress caracterizadas por uma comunicação pobre.”*

Ao longo do turno foi sendo avaliada a possível existência de estase gástrica de 2/2 horas, inicialmente apresentava estase de cerca de 100^{cc} de conteúdo alimentar sem vestígios de perdas hemáticas, pelo que e seguindo o protocolo instituído na UCIP, este conteúdo foi reintroduzido, manteve a A.E. em curso. No entanto, na avaliação das 14h, apresentava estase de conteúdo alimentar superior a 300^{cc}, motivo pelo qual suspendeu temporariamente a alimentação e foi colocada a sonda em drenagem passiva, tendo drenado mais 100^{cc} até cerca das 16h, na avaliação das 18h, já sem estase, foi iniciada novamente a A.E. Foi também, avaliado de modo seriado os valores de glicemia, que se encontraram sempre entre [100,120] mg/dl. Monitorizadas as dejectões, apresentou duas de fezes típicas de melenas em abundante quantidade, facto que foi relatado ao clínico.

Segundo Kreymann *et al.*, (2006) a alimentação entérica deve ser iniciada nas primeiras 24h, caso não se encontrem contra-indicações, uma vez que este é o modo mais fisiológico, reduz complicações infecciosas e menos dispendioso. Apesar de C.B. ter história recente de HDA, quando realizou EDA já não estava a sangrar, pelo que a prescrição clínica de manutenção de jejum foi apenas de 8h para pausa gástrica, tendo sido seguidas as guidelines internacionais. Segundo os estudos relacionados com os valores da glicemia no doente crítico, foi possível manter os mesmos dentro dos parâmetros esperados uma vez que a hiperglicémia tem sido *“ identificada como um factor de risco modificável para o aumento da morbilidade e mortalidade no doente crítico”* (Bagshaw, Hoste, & Jacka, 2010, p. 172)

4. Considerações finais

Boykin e Schoenhofer referem que *“como enfermeiras, a nossa profissão privilegiada tem o compromisso de cuidar, para conhecer e respeitar aqueles que foram confiados aos nossos cuidados”* (Boykin & Schoenhofer, 2000, p. 36), Watson diz-nos que as intervenções relacionadas com o cuidar *“requerem uma intenção, uma vontade, uma relação e acções”* (Watson, 2002, p. 130), reforça este conceito quando diz que *“todo o cuidar está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença; um conhecimento de saúde-doença, interacções ambiente-pessoa, um conhecimento do processo de cuidar, um auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar”* (Watson, 2002, p. 55)

Na prestação de cuidados de enfermagem procuro pensar no doente como único, uno e completo em cada momento, ter em conta a(s) sua(s) necessidade(s), sem esquecer o ambiente (físico, psicológico, social, espiritual) que o envolve e à sua família. Não pode ser esquecido que o facto de se encontrar internado numa UCI faz com que quer o doente e a família se sintam mais vulneráveis. Segundo McKinley e tal (2002), a vulnerabilidade do doente está relacionada com a sua extrema dependência e incapacidade de realizar as suas necessidades básicas e de estas terem de ser realizadas por terceiros como um profissional da equipa de saúde e acrescentam que a vulnerabilidade sentida pelos doentes diminui quando estes se sentem confortáveis e seguros.

O facto de se experienciar determinadas situações e reflectir sobre as mesmas, aprofundando os conhecimentos permite um enriquecimento como pessoas e em especial como pessoas que cuidam, uma vez que encarar o cuidar como sinónimo de enfermagem com referem Wilkin & Slevin, (2004) é um desafio que tem de ser aceite com modo-de-vida e em constante actualização.

Ao reflectir nesta situação de cuidados particular, elaborando este pequeno estudo de caso, não destaco nenhum ponto em especial, mas não pode ser esquecido a atenção dada ao conforto, a avaliação sistemática permitiu uma gestão única da dor deste doente, um trabalho de equipa e uma mobilização de conceitos até então maioritariamente teóricos ou não intencionais quando aplicados.

Estudo de Caso

Não posso, também, deixar de sentir uma maior evolução no acompanhamento à família, neste caso particular da filha, os acontecimentos da visita da tarde fizeram com que a minha prática habitual (já de si atenta aos acompanhantes) se alterasse com um crescimento exponencial. E por último referir que este trabalho permitiu mais uma oportunidade de mobilizar conhecimentos e desenvolver múltiplas competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica e/ou em falência orgânica.

5. Bibliografia

- AARC. (Junho de 2010). Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory Care* , 55 (6), pp. 758-764.
- Bagshaw, S., Egi, M., George, C., & Bellomo, R. (2009). Early Blood Glucose Control and Mortality in Critically Ill Patients in Australia. *Crit Care Med* , pp. 463-470.
- Bagshaw, S., Hoste, E., & Jacka, M. (2010). Intensive vs conventional blood glucose control in critical ill patients. *Can J Anesth* , 57, 172-175.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, p., & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom and interventions in Critical care; a thinking-in-action approach*. Philadelphia: Saunders.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (Outubro-Dezembro de 2000). Is There Really Time to Care? *Nursing Forum* , 35 (4), pp. 36-38.
- DGS. (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção* . Obtido em 2 de Fevereiro de 2011, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012628.pdf>
- DGS. (Março de 2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Adquirida nos Cuidados de Saúde*. Obtido em 17 de Dezembro de 2010, de Website da Direcção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>
- Fieghen, H., & al, e. (2010). *The hemodynamic tolerability and feasibility of sustained low efficiency dialysis in the management of critically ill patients with acute kidney injury*. Obtido em 26 de Novembro de 2011, de www.biomedcentral.com: <http://www.biomedcentral.com/1471-2369/11/32>
- Galinha, F. (2009). Mediar para Cuidar: AS atitudes dos Enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente. Contributos das técnicas de mediação familiar? In E. S. Porto, *Da Investigação à prática de Enfermagem de família* (pp. 49-57). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Happ, M. B., & al, e. (2011). Nurse-Patient communication interactions in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care* , 28-40.
- Jacobowski, N., Girard, T., Mulder, j., & Ely, E. W. (Setembro de 2010). Communications in critical care: Family Rounds in Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care* , 421-430.
- Lacerda, R., & Egry, E. (1997). As infecções hospitalares e sua reflexão com o desenvolvimento da assistência hospitalar: reflexões para análise de suas práticas atuais de controlo. *Latino-Am Enfermagem* , 5 (4), pp. 13-23.
- Marino, P. L. (2007). *The ICU Book*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McKinley, S., Nagy, S., Steun-Parbury, J., & Bramwell, M. &. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive Critical care nursing* , 18, pp. 27-36.

Estudo de Caso

- Ponte, J. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante* , 3 (1), pp. 3-18.
- Sousa, M. d. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Coimbra.
- Swearinger, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em cuidados intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª Ed ed.). Lusociência.
- Urden, D., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *THELAN's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* , 13, 50-59.

Apêndice IV – sessão de formação UCIP

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: controlo da dor no doente crítico: medidas não farmacológicas Finalidade: Aprofundar conhecimentos e competências específicas no controlo da dor no doente crítico. •Objectivos: Identificar aspectos particulares da dor no doente crítico; Identificar meios de controlo da dor no doente crítico; Adquirir conhecimentos na aplicação de medidas não farmacológicas do controlo da dor			Formação em Enfermagem 1ª Sessão de formação N.º de formandos: Equipa de Enfermagem da UCIP Duração: 20 minutos	
Etapas	Duração	Conteúdos	Estratégias	Metodologias
Introdução	5´	• Apresentação da finalidade e objectivos da sessão; • Definição de conceitos: ➢ Doente critico, ➢ Dor, ➢ Medidas farmacológicas ➢ Medidas não farmacológicas	Exposição; Diapositivos	Expositiva;
Desenvolvimento	10´	• Avaliação da dor no doente crítico • Medidas de controlo da dor no doente crítico ➢ Medidas não farmacológicas ▪ Medidas cognitivas	Exposição; Diapositivos	Expositiva; Participativa.
Conclusão	5´	• Avaliação e síntese dos conteúdos; • Esclarecimento de dúvidas e questões.	Exposição. Feedback grupo.	Expositiva; Activa.

Controlo da Dor no Doente Crítico medidas não farmacológicas

Data: 27 Janeiro 2012

Hora: 8h30`

Margarida Froufe dos Santos

Local: Sala de Enfermagem UCIP

Orientador ESEL: Prof. Cândida Durão
Orientador UCIP: Enf.ª Pedro Rosa

FINALIDADE

- **Aprofundar conhecimentos e competências específicas no controlo da dor no doente crítico.**

OBJECTIVOS

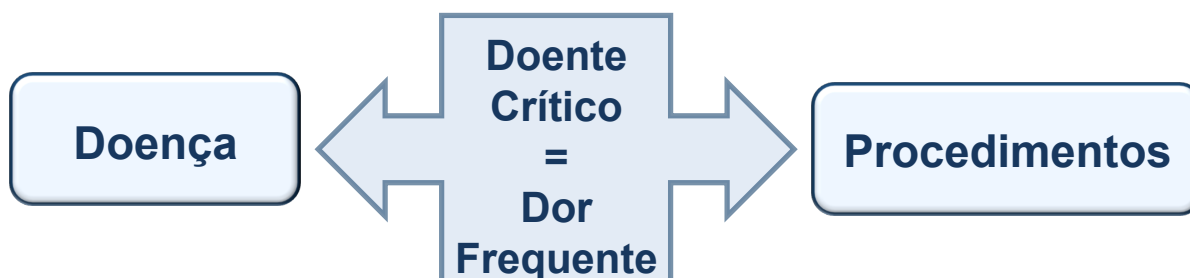
- **Identificar aspectos particulares da dor no doente crítico;**
- **Identificar meios de controlo da dor no doente crítico;**
- **Adquirir conhecimentos na aplicação de medidas não farmacológicas do controlo da dor**

DOENTE CRÍTICO

“aquele que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.”

SPCI, 2008

DOENTE CRÍTICO



DOR

“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”

IASP, 2011

Individual, subjectiva e multidimensional

Ordem dos enfermeiros, 2008

DOR

“Pain management is often not considered a priority by the UCI team”

Blenhkard, Faughnan e Morgan, 2002

Frequentemente subvalorizada



problema para a prestação de cuidados

Swearingen e Keen, 2005

DOR

“um factor de stress que contribui para várias complicações como uma ventilação inadequada, imobilidade, depressão, privação do sono, entre outros.”

Swearingen e Keen 2005

“causar efeitos nefastos imediatos e a longo prazo... os efeitos físicos imediatos da dor estão relacionados com a resposta de stress e afecta uma variedade de sistemas incluindo a função cardiopulmonar, metabólica, resposta inflamatória (coagulação, hiperglicémia) e imunocompetência”

Czarnecki & al, 2011

DOR

5º sinal vital

DGS, 2003

“tomar medidas para assegurar o conforto...face à dor...escolher estratégias...”

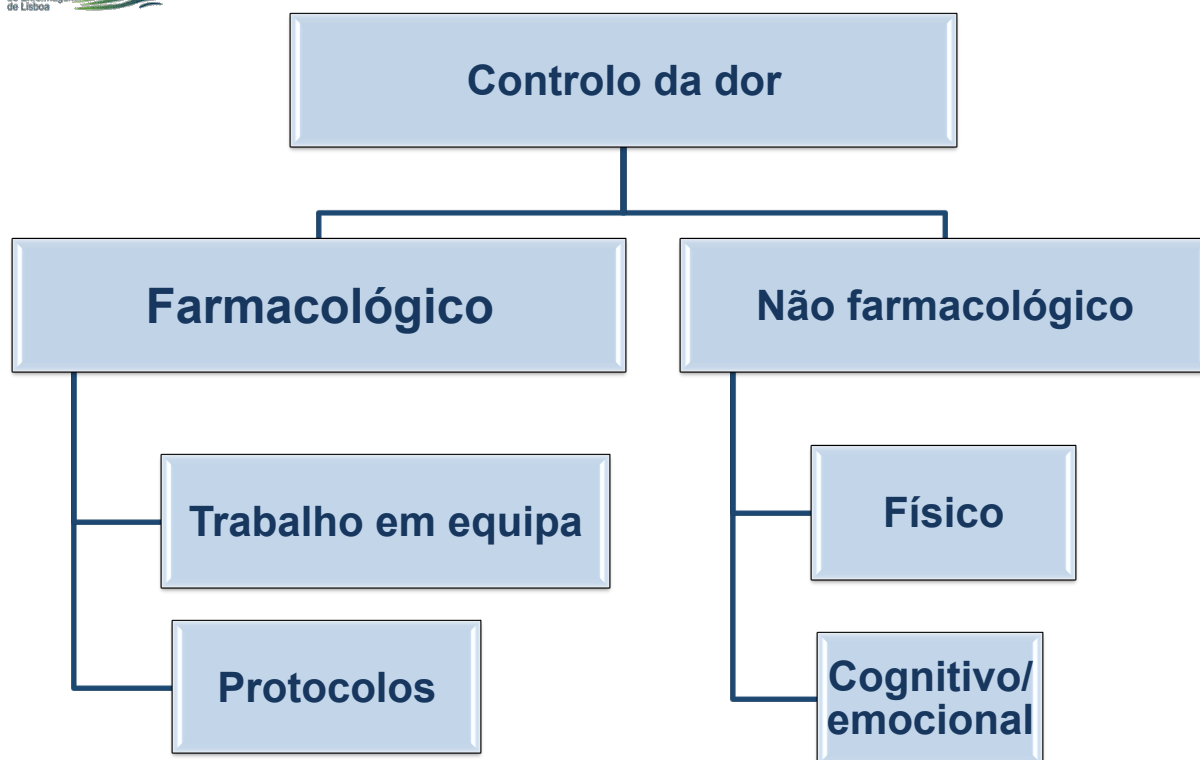
Benner, 2001

Avaliação regular e sistemática

Ordem dos Enfermeiros, 2008

Controlo da dor

Quantitativa
(utilização de escalas adequadas)



COGNITIVO/EMOCIONAL

- “o enfermeiro deve providenciar a modificação do ambiente físico do doente com dor, uma vez que pode criar sobrecarga sensorial e potenciar os estímulos dolorosos”

Sousa, 2009, citando Watt-Watson 2003

**Reduzir
luzes**

musica

alarmes

visitas

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- “O enfermeiro não é o único profissional a implementar tratamentos de dor, mas detém grande responsabilidade na monitorização da resposta do paciente”

Vila e Mussi, (2001) citando Pimenta (1992)

- “Muitas intervenções não farmacológicas são praticadas por profissionais na sua prática diária, tornam-se terapêuticas quando precedidas por avaliação cuidadosa, com objectivos bem definidos”

(Serrano, 2009)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- “o ideal e valor de cuidar não é claramente apenas uma coisa por aí, mas é um ponto de partida, uma postura, uma atitude, que tem de se tornar uma vontade, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em actos concretos.”

Watson, 1988

BIBLIOGRAFIA

- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Blenkarn, A., Foughnan, S., & Morgan, A. (2002). Developing a pain assesment tool for use by nurses in adult intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, nº 18, 332-431.
- Czarnecki, M., & al, e. (26 de Julho de 2011). *Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. Obtido em 26 de Julho de 2011, de www.medscape.com: www.medscape.com
- Direcção Geral de Saúde. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003*.
- Direcção Geral de Saúde. (2008). *Plano Nacional da Luta contra a Dor*.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *IASP Taxonomy*. Obtido em 1 de Maio de 2011, de www.iasp.pain.com.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. . *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, serie 1, nº 1.
- Rigotti, M., & Ferreira, A. (Jan-Mar de 2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*, 12 (1), pp. 50-54.
- Serrano, F. (Janeiro de 2009). Intervenções não farmacológicas no controlo sintomático em cuidados paliativos. *1ª Edição Mestrado Cuidados Paliativos*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias.
- Sousa, M. d. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Coimbra.
- SPCI, O. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Swearinger, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em cuidados intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª Ed ed.). Lusociência.
- Vila, V., & Mussi, F. (2001). O alívio da dor de pacientes no pó operatório na prespectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 35 (3), pp. 300-307.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human Science and Human Care* (2ª Edição ed.). Nova Iorque: National League for Nursing.

Controlo da Dor no Doente Crítico medidas não farmacológicas



Margarida Froufe dos Santos

DOR

Escala comportamental da dor – Behavioral Pain Scale

Expressão facial	
Relaxada	1
Ligeiramente contraída	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	
Sem movimento	1
Parcialmente flectidos ou tensos	2
Rígidos com dedos crespados/cerrados	3
Totalmente contraídos ou rígidos	4
Adaptação ventilatória	
Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/ bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

Payen e al, 2001

Apêndice V – Questionário de diagnóstico de situação SU

Questionário

Com vista a efectuar um diagnóstico de situação, relacionado com os conhecimentos dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência em relação à avaliação e gestão da dor no doente crítico, em especial do doente inconsciente, sedado e ventilado, gostaria de pedir a vossa colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

Grupo Profissional:

Enfermeiro ☐ Médico ☐

1. O doente inconsciente sente dor?

Sim ☐ Não ☐

2. O doente inconsciente e sedado sente dor?

Sim ☐ Não ☐

3. Se respondeu sim a 1 e/ou 2, como faz a avaliação da dor nesse doente?

Escala própria ☐ Parâmetros Fisiológicos ☐ Outros ☐

Especifique _____

4. Como faz o controlo da dor nestes doentes?

Medidas Farmacológicas ☐ Medidas não farmacológicas ☐ Ambas ☐

5. Concorde com a existência de um protocolo de avaliação e controlo da dor nestes doentes?

Sim ☐ Não ☐

6. Gostaria de obter mais informação no âmbito desta temática?

Sim ☐ Não ☐

Obrigada
Margarida Froufe dos Santos

Apêndice VI – sessão de formação SU

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: avaliação e controlo da dor no doente crítico Finalidade: Aprofundar conhecimentos e competências específicas no controlo da dor no doente crítico. Objectivos: Identificar aspectos particulares dor no doente crítico; Identificar meios de controlo da dor no doente crítico; Adquirir conhecimentos na aplicação de medidas não farmacológicas do controlo da dor			Local: Sala de Enfermagem do SU Nº de Sessões: 5 Datas: 13,14,15,16 e 17 Fev. 2012 População Alvo: equipa Multidisciplinar do Serviço de Urgência Duração: 1 hora	
Etapas	Duração	Conteúdos	Metodologias	Recursos
Introdução	15´	Apresentação da finalidade e objectivos da sessão; Definição de conceitos: - Doente crítico; - Dor;	Expositiva;	Projector multimédia e computador
Desenvolvimento	40´	Avaliação da dor no doente crítico: - Escala comportamental Medidas de controlo da dor no doente crítico - Diferença entre analgesia e sedação - Medidas farmacológicas - Medidas não farmacológicas	Expositiva; Participativa.	
Conclusão	5´	Síntese dos conteúdos; Esclarecimento de dúvidas e questões.	Expositiva; Activa.	

AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

Margarida Froufe dos Santos

Orientadores :ESEL: Prof. Cândida Durão

SU: Enf.^a Maria João Lopes

FINALIDADE

- **Aprofundar conhecimentos e competências específicas no controlo da dor no doente crítico.**

OBJECTIVOS

- **Identificar aspectos particulares da dor no doente crítico;**
- **Identificar meios de avaliação e controlo da dor no doente crítico;**
- **Adquirir conhecimentos na aplicação de medidas não farmacológicas do controlo da dor**

DOENTE CRÍTICO

“aquele que, por disfunção ou falência profunda de um mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica.”

SPCI, 2008

DOENTE INCONSCIENTE

“inconsciência é um estado onde a pessoa não tem percepção tanto do *self* nem do ambiente, a pessoa é incapaz de responder a estímulos externos ou necessidades internas.”

Peate, 2009

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

DOR

“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão”

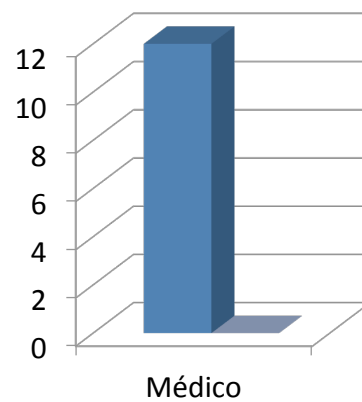
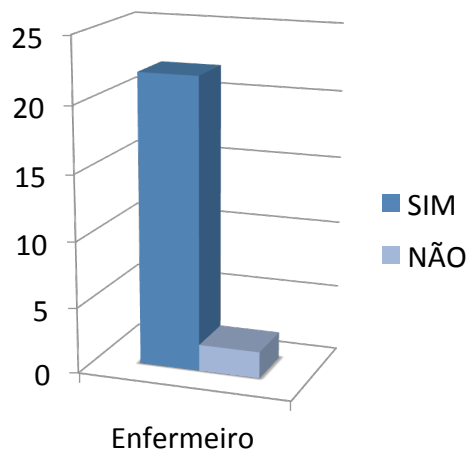
IASP, 2011

Individual, subjectiva e multidimensional

Ordem dos enfermeiros, 2008

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

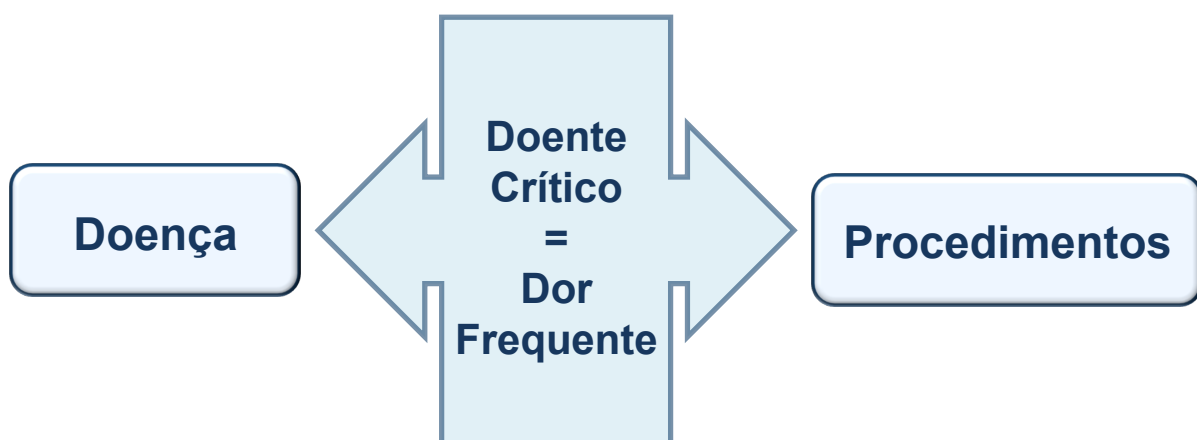
DOENTE CRÍTICO



... o doente inconsciente tem dor?

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

DOENTE CRÍTICO



Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

DOR

Frequentemente subvalorizada



problema para a prestação de cuidados

Swearingen e Keen, 2005

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

DOR

“um factor de stress que contribui para várias complicações como uma ventilação inadequada, imobilidade, depressão, privação do sono, entre outros.”

Swearingen e Keen 2005

“causar efeitos nefastos imediatos e a longo prazo... os efeitos físicos imediatos da dor estão relacionados com a resposta de stress e afecta uma variedade de sistemas incluindo a função cardiopulmonar, metabólica, resposta inflamatória (coagulação, hiperglicémia) e imunocompetência”

Czarnecki & al, 2011

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

DOR

“...volume e a gravidade dos problemas relacionados com a dor fazem do controlo da dor uma habilidade fundamental em medicina de emergência e ainda há evidência que a dor é tratada inadequadamente no serviço de emergência.”

McManus & Harrison, 2005

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

DOR

múltiplas tarefas ou doentes em simultâneo

Fosnocht, Swanson, & Barton, 2005,

má comunicação entre os vários profissionais de saúde e falta de cooperação

Fosnocht, Swanson, & Barton, 2005

inexistência de guidelines ou políticas hospitalares

Czarnecki & al, 2011

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

DOR

5º Sinal Vital

DGS, 2003

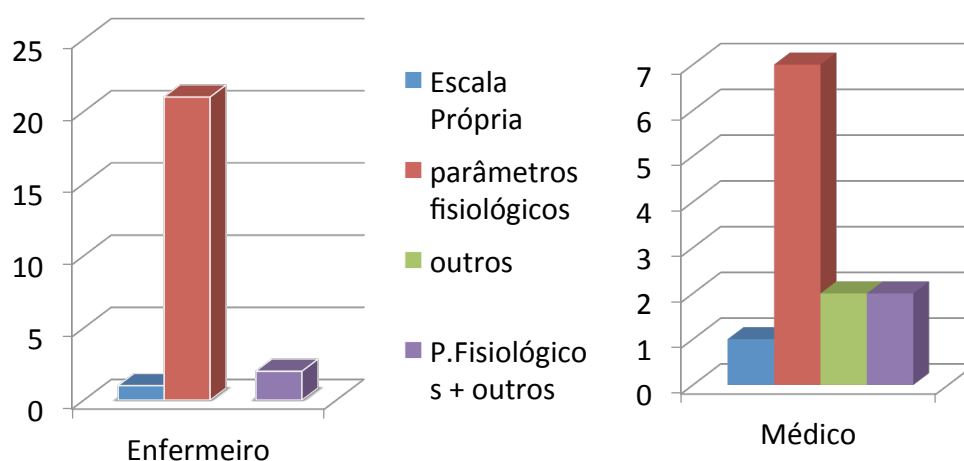
Avaliação regular e sistemática

Ordem dos Enfermeiros, 2008

**Quantitativa
(utilização de escalas adequadas)**

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

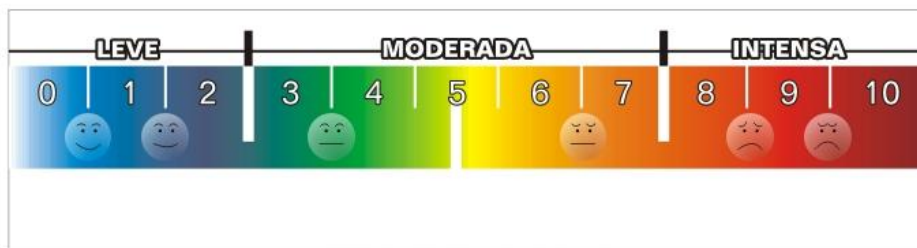
AVALIAÇÃO DA DOR



... como faz, habitualmente, a avaliação da dor nesse doente?

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

AVALIAÇÃO DA DOR



DOENTE CONSCIENTE

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

AVALIAÇÃO DA DOR



Payen e al, 2001

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

AVALIAÇÃO DA DOR Behaviour Pain Scale

Item	descrição	score
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraído	2
	Totalmente contraído	3
	Esgar	4
Movimento dos Membros	Sem movimentos	1
	Parcialmente contraído	2
	Totalmente contraído com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraído	4
Compliance com o ventilador	adaptado	1
	Tosse mas a tolerar a maior parte do tempo	2
	a “lutar” contra o ventilador	3
	Incapaz de se adaptar	4

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

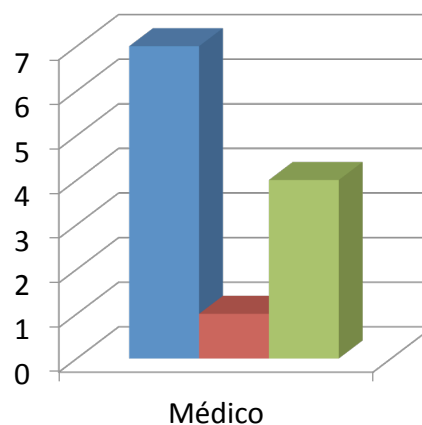
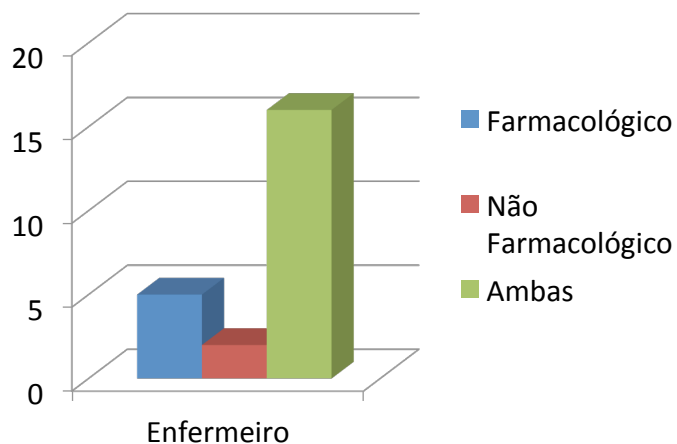
Aissaoui et al, 2005

CONTROLO DA DOR

“O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”

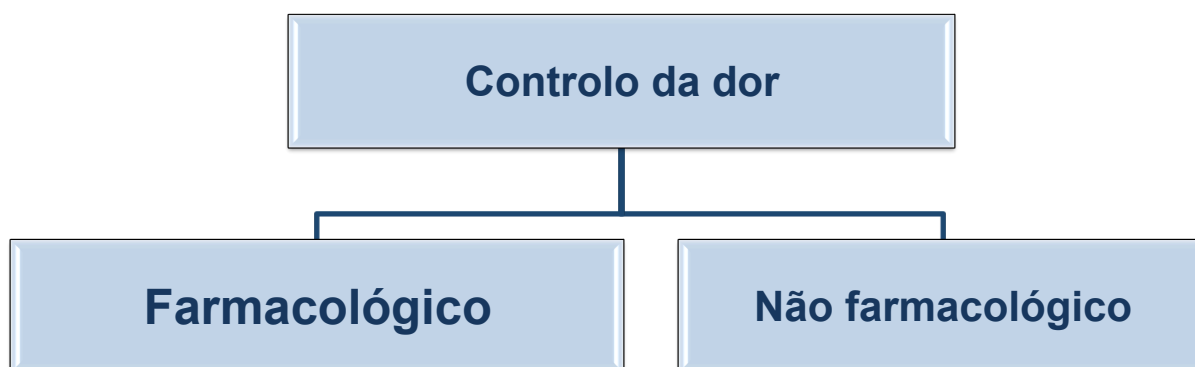
DGS, 2008

CONTROLO DA DOR



... como faz, habitualmente, o controlo da dor nesse doente?

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012



Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor - Farmacológico

sedação

- “A sedação é a depressão da sensibilização de um paciente para o ambiente e a redução da sua capacidade de resposta a estímulos **e x t e r n o s** . ”

Holder. 2010

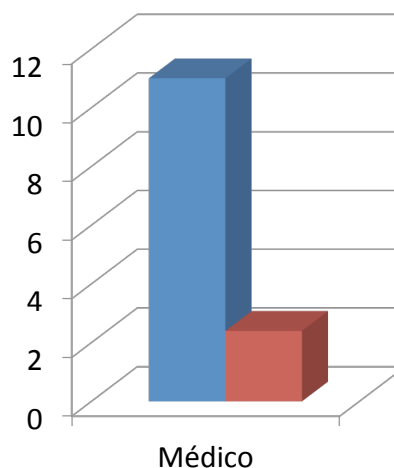
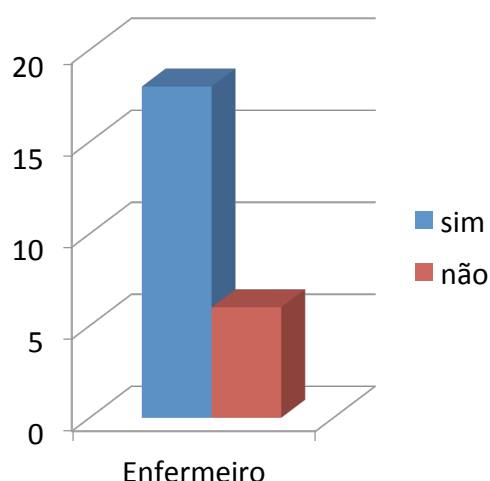
Analgesia

- “Alívio da dor sem um sensorium **a l t e r a d o** ”

Holder. 2010

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor - Farmacológico



E se o doente estiver sedado?

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor - Farmacológico

Tabela 1 - Escala de Ramsay⁴

1	Paciente ansioso, agitado, impaciente ou ambos.
2	Paciente cooperativo, orientado e tranqüilo.
3	Paciente que responde somente ao comando verbal.
4	Paciente que demonstra resposta ativa a um toque leve na glabella ou a um estímulo sonoro auditivo.
5	Paciente que demonstra resposta débil a um toque leve na glabella ou a um estímulo sonoro auditivo.
6	Paciente que não responde aos mesmos estímulos dos itens 4 ou 5.

Nascimento et al, 2006

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor - Farmacológico

ANALGESIA

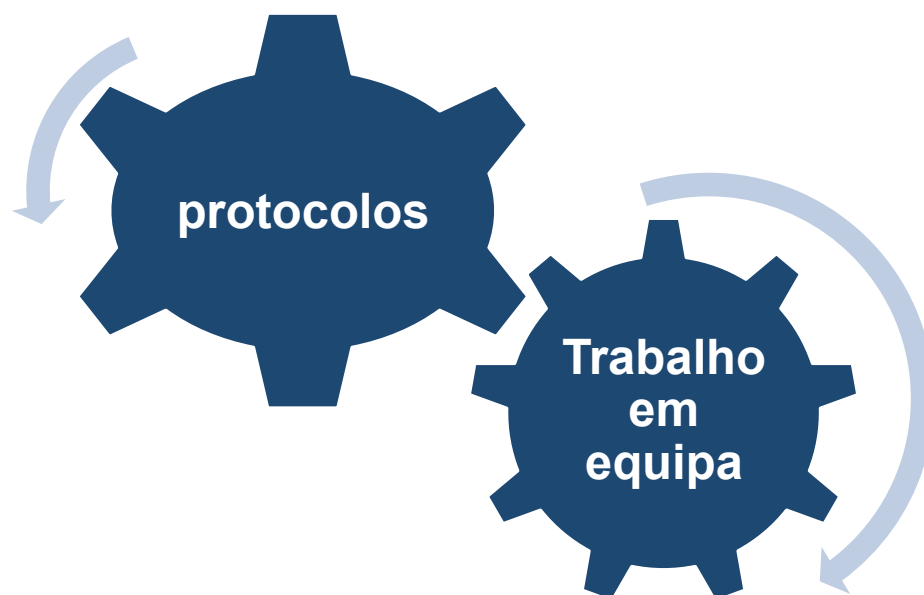
- tramadol
- Morfina
- Alfentanil
- Sufentanil
- Remi-fentanil

SEDAÇÃO

- Propofol
- Midazolan

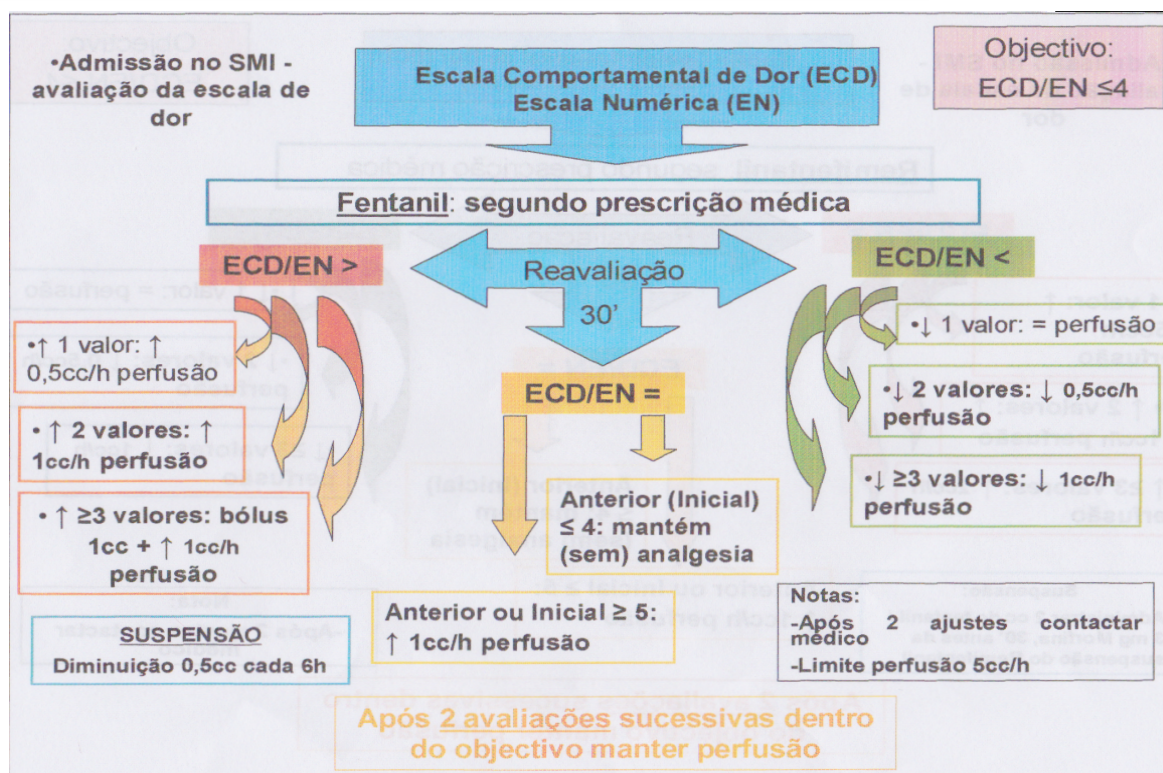
Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor - Farmacológico



Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

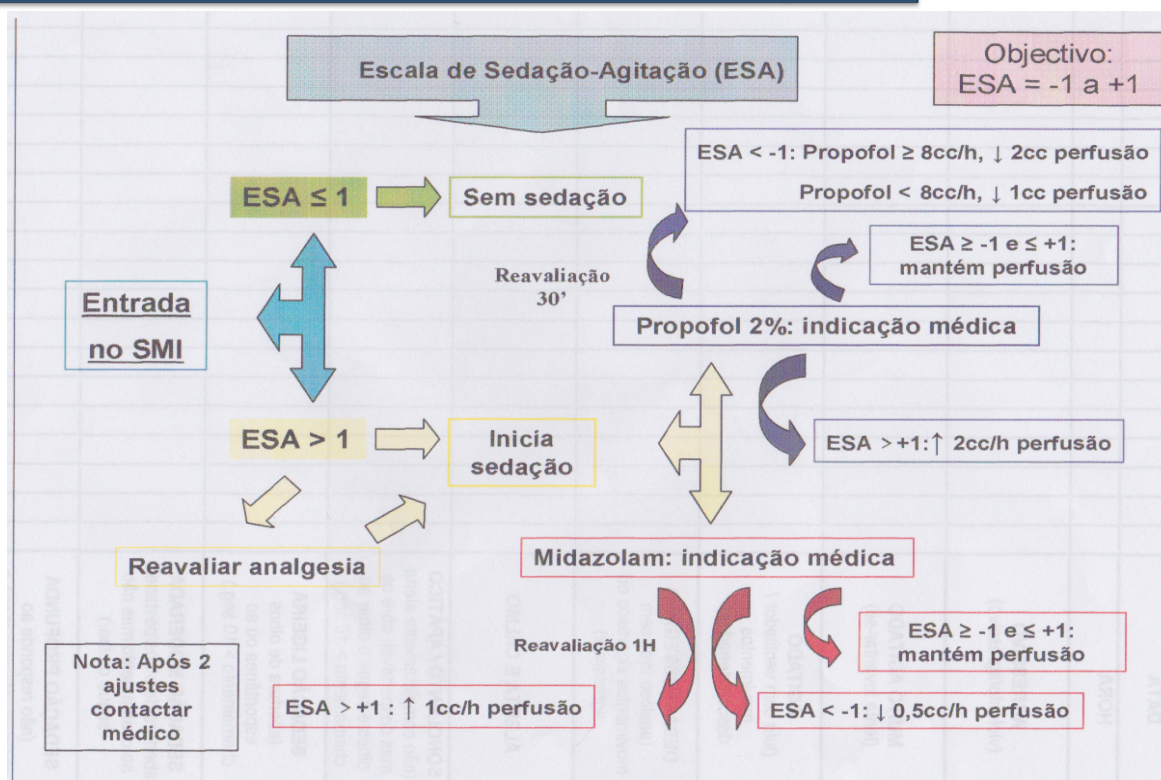
Controlo da Dor - Farmacológico



Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Ferreira, Oliveira, Roque e Baltazar, 2008

Controlo da Dor - Farmacológico



Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Ferreira, Oliveira, Roque e Baltazar, 2008

Controlo da Dor

“a implementação de alívio à dor pelo enfermeiro pode ser alcançada por meios farmacológicos e não farmacológicos, mas a maior parte do sucesso será conseguida com uma combinação de ambos”

Eler e Jaques, 2006

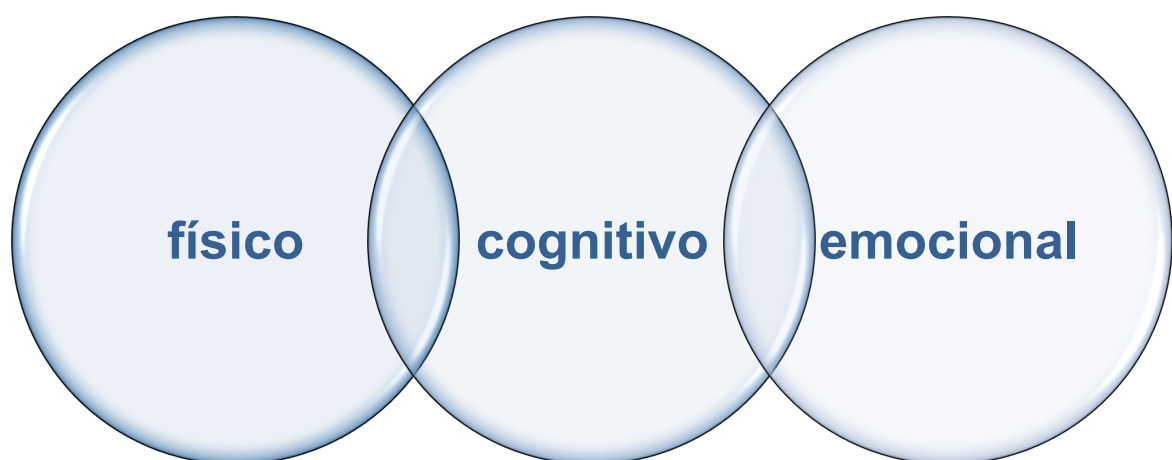
Controlo da Dor

“Muitas intervenções não farmacológicas são praticadas por profissionais na sua prática diária, tornam-se terapêuticas quando precedidas por avaliação cuidadosa, com objetivos bem definidos”

Serrano, 2009

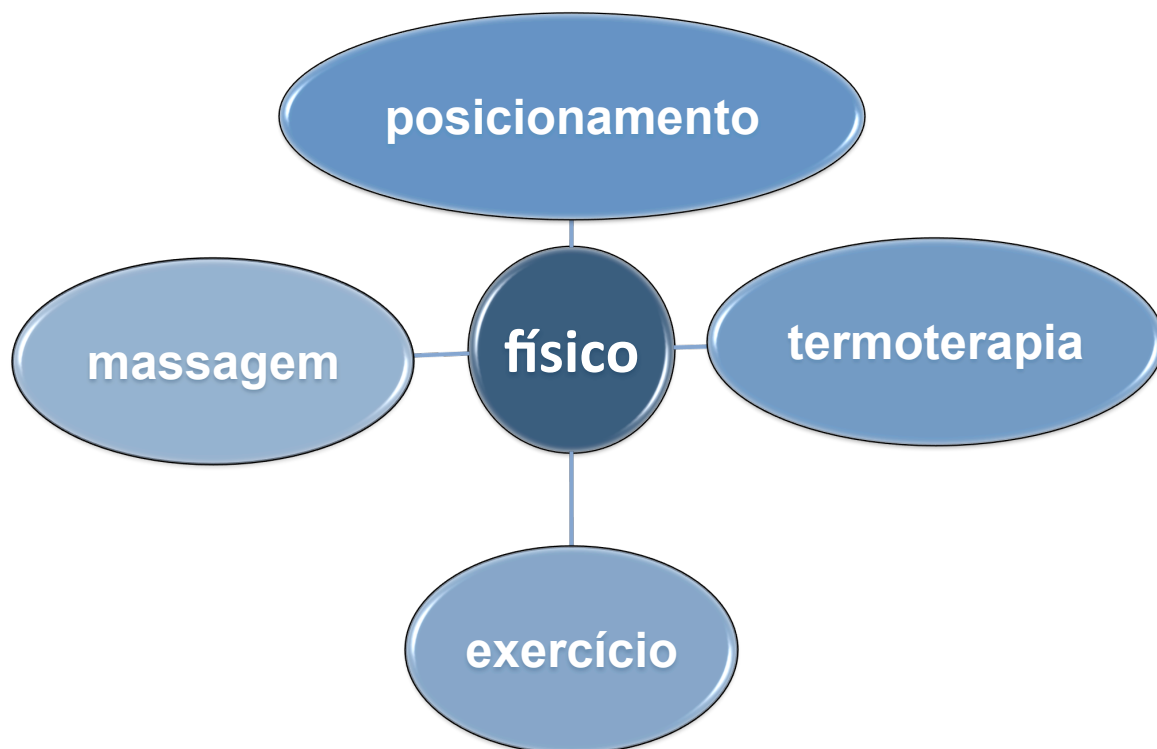
Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor – Não Farmacológico



Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor – Não Farmacológico



Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Controlo da Dor – Não Farmacológico

COGNITIVO/EMOCIONAL

- “o enfermeiro deve providenciar a modificação do ambiente físico do doente com dor, uma vez que pode criar sobrecarga sensorial e potenciar os estímulos dolorosos”

Sousa, 2009, citando Watt-Watson 2003

**Reduzir
luzes**

musica

alarmes

visitas

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- “O enfermeiro não é o único profissional a implementar tratamentos para a dor, mas detém grande responsabilidade na monitorização da resposta do paciente. Talvez, grande parte da inadequação do tratamento da dor resulte do facto de nenhum profissional isoladamente ser o responsável. **Cada um espera que o outro identifique o problema e sugira uma solução.** Assim, o controlo da dor se torna um problema a mais para cada um com baixa prioridade para todos.”

• Pimenta, 1992, citado por Vila e Mussi, 2001

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- “o ideal e valor de cuidar não é claramente apenas uma coisa por aí, mas é um ponto de partida, uma postura, uma atitude, que tem de se tornar uma vontade, uma intenção, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em actos c o n c r e t o s . ”

Watson, 1988

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012

Bibliografia

- Czarnecki, M., & al, e. (26 de Julho de 2011). *Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations*. Obtido em 26 de Julho de 2011, de www.medscape.com
- Direcção Geral de Saúde. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003*.
- Direcção Geral de Saúde. (2008). *Plano Nacional da Luta contra a Dor*.
- Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (Março de 2008). Cuidar do Doente Crítico com Dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). *Revista Sinais Vitais*, nº 77, pp. 24-28.
- Fosnocht, D., Swanson, E., & Barton, E. (2005). Changing Attitudes About Pain and Pain Control in the Emergency Medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23, pp. 297-306.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *IASP Taxonomy*. Obtido em 1 de Maio de 2011, de www.iasp.pain.com.
- McManus, J., & Harrison, B. (2005). *Pain and sedation management in the 21st Century Emergency Department*. Obtido em Julho de 2011, de www.emed.theclinics.com
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, série 1, nº 1.
- Peate, I. (2009). Caring for the unconscious person. *British Journal of Health Care Assistants*, 3, nº 4, 190-193.
- Serrano, F. (Janeiro de 2009). Intervenções não farmacológicas no controlo sintomático em cuidados paliativos. *1ª Edição Mestrado Cuidados Paliativos*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias.
- Sousa, M. d. (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Coimbra.
- SPCI, O. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Swearingner, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em cuidados intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª Ed ed.). Lusociência.
- Vila, V., & Mussi, F. (2001). O alívio da dor de pacientes no pó operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*, 35 (3), pp. 300-307.
- Watson, J. (1988). *Nursing: human Science and Human Care* (2ª Edição ed.). Nova Iorque: National League for Nursing.

Margarida Froufe dos Santos, 1º CMEEPSC Fevereiro 2012



1º Curso de Mestrado em Enfermagem:

A Pessoa em Situação Crítica



AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR NO DOENTE CRÍTICO



Margarida Froufe dos Santos

Apêndice VII – comunicação da apresentação da sessão de formação

Avaliação e Controlo da Dor no Doente Crítico

Datas da sessão: 13,14,15,16 e 17 Fevereiro às 15 horas Duração 1 hora

Local: Sala de Enfermagem do Serviço de Urgência

Destinatários: Enfermeiros e Médicos

1º Curso de Mestrado em Enfermagem:

A Pessoa em Situação Crítica

Margarida Froufe dos Santos

Orientadores:

ESEL: Prof. Cândida Durão

SU: Enf.ª Maria João Lopes