



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

Relatório de Estágio

**Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica sob
Sedação: Intervenção Especializada de Enfermagem**

Marta Margarida Vicente Montez



Lisboa

2021



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

Estágio com Relatório

Relatório de Estágio

**Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica sob
Sedação: Intervenção Especializada de Enfermagem**

Marta Margarida Vicente Montez

Orientador:

Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques

Lisboa

2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela compreensão, apoio e ajuda.

Ao meu irmão pelas sábias palavras que pronunciou e guiaram o meu caminho.

Ao meu namorado pela capacidade de escuta e compreensão.

À Nádia pelos momentos de discussão partilhados que permitiram abraçar a temática que delineou este percurso.

À Professora Doutora Eunice Henriques pelos conhecimentos transmitidos, pelo suporte incondicional prestado ao longo deste percurso e sobretudo pelo seu contributo para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às colegas e para sempre amigas Zélia e Matilde por me terem acompanhado em todos os momentos e me fazerem sentir que não estava sozinha.

Aos meus colegas de trabalho, à minha enfermeira-chefe e aos enfermeiros orientadores pelo suporte prestado e pelos conhecimentos transmitidos que alicerçaram o meu processo de desenvolvimento de competências.

A todos o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACN - Active Citizenship Network

ASA - American Association of Anesthesiologists

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIS - Índice Bispectral

BPAS - Behavioral Pain Assessment Scale

BPS - Behavioral Pain Scale

BPS-IP - Behavioral Pain Scale – Intubated Patient

BPS-NI - Behavioral Pain Scale –nonintubated

COVID-19 – Doença por novo coronavírus

CPOT - Critical-Care Pain Observation Tool

DGS - Direção-Geral de Saúde

EFIC - European Federation of IASP Chapters

IASP - International Association for the Study of Pain

IOT - Intubação Orotraqueal

NIHSS - *National Institutes of Health Stroke Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONAF - Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo

PAE - Pain Alliance Europe

PCR - *Polimerase Chain Reaction* ()

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SARS-COV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2

SIP - Societal Impact of Pain

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TAC - Tomografia Axial Computadorizada

TSFR - Técnica de Substituição da Função Renal

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

RESUMO

A dor, enquanto 5º sinal vital, é um fenómeno complexo e multidimensional (DGS, 2003) e a sua adequada avaliação continua a revelar-se problemática aquando da prestação de cuidados de enfermagem junto da pessoa em situação crítica (SPCI, 2012). O desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências de enfermagem no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação torna-se essencial à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

O curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, conduz ao desenvolvimento destas competências, tendo o meu processo de aprendizagem sido norteado pela temática “Avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação: intervenção especializada de enfermagem”, com o objetivo geral de desenvolver competências especializadas em enfermagem na avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica sob sedação.

O presente relatório de estágio objetiva dar a conhecer o meu processo de desenvolvimento de competências encontrando-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo compreende o enquadramento teórico referente à temática que delineou o meu percurso de desenvolvimento de competências, integrando a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e os resultados obtidos na revisão integrativa da literatura. O segundo capítulo refere-se ao percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem que descreve as atividades realizadas durante os estágios numa perspetiva analítica e crítico-reflexiva.

A vivência de distintas experiências ao longo dos estágios realizados numa unidade de cuidados intensivos e num serviço de urgência potenciou o meu crescimento profissional e fomentou a minha formação pessoal.

Palavras-Chave: dor; avaliação da dor; escalas comportamentais; pessoa em situação crítica; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Pain, as the fifth vital sign, is a complex and multidimensional phenomenon (DGS, 2003) and its adequate assessment continues to be a problem when providing nursing care to critically ill patients (SPCI, 2012). The development of nursing knowledge and skills in pain assessment in critically ill patients under sedation is essential for the provision of quality nursing care.

The master's degree in nursing in the Specialisation area of critically ill patients, of Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, leads to the development of these skills, and my learning process was guided by the theme "Pain assessment in critically ill people under sedation: specialised nursing intervention", with the general purpose of developing specialised nursing skills in pain assessment and management in critically ill people under sedation.

This internship report purpose to present my process of skills development and is divided into two chapters. The first chapter includes the theoretical framework on the topic that outlined my skills development process, integrating Katharine Kolcaba's Theory of Comfort and the results obtained on the integrative literature review. The second chapter refers to the development of specialized nursing skills, which describes the activities carried out during the internships from an analytical and critical-reflective perspective.

The different experiences during the internships carried out in an intensive care unit and in an emergency service boosted my professional growth and fostered my personal development.

Key words: pain; pain assessment; behavioural scales; critically ill patients; nursing interventions.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB SEDAÇÃO.....	14
1.1. Conforto enquanto resultado do cuidado especializado de enfermagem	14
1.2. Dor na pessoa em situação crítica	18
1.3. Avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação	23
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM.....	30
2.1. Estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos	32
2.2. Estágio II – Serviço de Urgência (SU).....	44
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura	
Apêndice II – Sessão formação “Avaliação da dor na pessoa em situação crítica”	
ANEXOS	
Anexo I - Versão portuguesa da Behavioral Pain Scale (BPS)	
Anexo II – Versão portuguesa da Behavioral Pain Assessment Scale (BPAS)	
Anexo III - Versão portuguesa da Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)	
Anexo IV – Certificado de participação na formação “Análise de Eletrocardiograma para enfermeiros”	

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional que importa ser considerada no planeamento de cuidados de saúde pela equipa multidisciplinar. Esta deve-se encontrar dotada de conhecimentos científicos e experiência profissional adequada à sua gestão, incorporando para isso todos os recursos técnicos e humanos essenciais à prestação de cuidados de acordo com a individualidade de cada pessoa (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2008).

O fenómeno da dor inadequadamente controlado desencadeia alterações em múltiplos sistemas orgânicos resultando no aumento de comorbilidades, diminuição de qualidade de vida e perpetuação da dor a longo prazo (DGS, 2017). Estas implicações transcendem a pessoa que apresenta dor, envolvendo também a família, o cuidador, a sociedade e o sistema de saúde (DGS, 2017).

As repercussões socioeconómicas da dor ultrapassam as despesas implícitas ao seu controlo no sistema de saúde implicando também uma diminuição da produtividade laboral e um aumento da atribuição de subsídios (DGS, 2017). Esta problemática estende-se a toda a Europa pelo que a comissão científica da European Federation of IASP Chapters (*EFIC, 2017*) em colaboração com a *Societal Impact of Pain (SIP)*, a *Pain Alliance Europe (PAE)* e a *Active Citizenship Network (ACN)* produziram recomendações políticas específicas sobre o impacto social da dor.

A *EFIC (2017)* recomenda a criação de instrumentos para avaliar o impacto social da dor, a definição de políticas que abordem a sua implicação no emprego, e o aumento da investigação científica sobre a temática do impacto social da dor. Para esta entidade importa também priorizar a formação dos profissionais de saúde, da pessoa com presença de dor e da população em geral.

A nível nacional, a DGS reconheceu a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde através de uma adequada abordagem da dor, instituindo-a como o 5º sinal vital, através da circular normativa intitulada “A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor”, emitida em 2003.

Numa perspetiva de continuidade e em interação com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), a DGS emitiu documentos estratégicos como o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, em 2001, o Programa Nacional de Controlo da Dor, em 2008, o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo

da Dor, em 2012, e por último, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, em 2017 (DGS, 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008) enquanto associação pública dos profissionais de enfermagem também reconhece a necessidade de ampliar as boas práticas e uniformizar os cuidados à pessoa com dor recorrendo à sua avaliação regular e sistemática. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros criou o grupo de trabalho intitulado “O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor” responsável pela elaboração do guia “Dor – Guia orientador de Boa Prática”.

Apesar da gestão da dor ser considerado na Declaração de Montréal da International Association for the Study of Pain (IASP, 2010) como um direito humano fundamental, atualmente ainda se verifica um défice de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde relativamente aos mecanismos da dor e sua gestão, bem como um negligenciar no seu controlo durante a prática de cuidados (IASP, 2018; EFIC, 2017; DGS, 2017; OE, 2008).

No que à pessoa em situação crítica diz respeito, a adequada abordagem da dor também se revela uma problemática no contexto da prática de cuidados, conforme constatado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), através do estudo realizado pelo Grupo de Avaliação da Dor (SPCI, 2012). A avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação não está uniformizada, recorrendo-se a instrumentos desadequados para a avaliar em 67% das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), em Portugal (SPCI, 2012). Apenas 25% das UCI's recorrem a instrumentos de avaliação da dor adequados, sendo que em 8% dos contextos responsáveis pelos cuidados à pessoa em situação crítica não avaliam a dor (SPCI, 2012).

A seleção da temática norteadora do meu percurso de aquisição de competências, “Avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação: intervenção especializada de enfermagem”, surge como resultado tanto da experiência profissional como da capacidade crítico-reflexiva que tenho vindo a desenvolver durante o curso de mestrado.

O meu percurso profissional incidiu na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa transplantada, numa unidade de oncologia, o que me permitiu adquirir competências de enfermagem na gestão da dor e compreender a importância da promoção do bem-estar e conforto da pessoa na melhoria da sua qualidade de vida.

A avaliação da dor junto da pessoa transplantada era realizada com recurso a instrumentos de avaliação da dor condicentes com a individualidade da pessoa e indo de encontro ao preconizado pela DGS (2003), privilegiando a autoavaliação da dor. Segundo a DGS (2003), a autoavaliação da dor é o meio mais eficaz na identificação da sua intensidade, devido ao carácter subjetivo inerente ao fenómeno da dor (DGS, 2003).

Ao iniciar a minha atividade profissional numa UCI deparo-me com a necessidade de desenvolver competências especializadas na avaliação da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada de a autoavaliar devido a alteração do seu estado de consciência motivada pela sedação. Esta situação associada ao facto de nesta unidade se recorrer a escalas de avaliação da dor não adequadas à pessoa em situação crítica sob sedação despoletou o meu interesse por esta temática.

A alteração do contexto profissional durante o percurso formativo enquanto estudante de mestrado permitiu desenvolver o meu raciocínio crítico-reflexivo relativamente às intervenções de enfermagem implementadas para avaliar a dor na pessoa em situação crítica sob sedação. Este facto proporcionou a minha incessante busca pela evidência científica que alicerçasse a minha prática de cuidados objetivada na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem aquando da avaliação adequada da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

A excelência do cuidar em Enfermagem é indissociável do processo de desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências, indo de encontro ao preconizado por entidades nacionais e internacionais como a DGS e a *EFIC*.

A importância da práxis baseada na evidência científica também dirige o olhar para o Modelo de Dreyfus de aquisição de competências adaptado por Benner (2001) que defende que as competências são aprimoradas ao longo do tempo e durante a prática profissional.

O presente relatório de estágio visa dar a conhecer o meu processo de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem. Este processo pretendeu responder aos objetivos propostos pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2019) para o curso de mestrado, às competências de mestre decretadas na legislação portuguesa, mais concretamente no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, e às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica explanadas respetivamente no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018.

O processo de desenvolvimento de competências norteado na temática “Avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação: intervenção especializada de enfermagem” teve como objetivo geral desenvolver competências especializadas em enfermagem na avaliação e gestão da dor da pessoa em situação crítica sob sedação; e como objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos e habilidades na avaliação e gestão da dor na pessoa em situação crítica sob sedação;
- Aprofundar conhecimentos sobre as escalas a serem utilizadas na avaliação da intensidade da dor na pessoa em situação crítica sob sedação;
- Uniformizar o uso de escalas de avaliação da intensidade da dor na pessoa em situação crítica sob sedação;
- Promover a formação contínua da equipa de enfermagem no âmbito da avaliação e gestão da dor na pessoa em situação crítica sob sedação;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da adequada avaliação e consequente gestão diferenciada da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

Por forma a atingir os objetivos definidos elaborei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), cujo protocolo pode ser consultado no apêndice I. Os conhecimentos adquiridos aquando da elaboração da RIL permitiram alicerçar as intervenções de enfermagem na evidência científica atual e fidedigna, promovendo o conforto da pessoa e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

As intervenções especializadas de enfermagem implementadas à pessoa em situação crítica sob sedação e a análise crítico-reflexiva sobre as mesmas foi ancorada na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1994).

A Teoria do Conforto objetiva os cuidados de conforto como a ação implementada e como resultado desejado imediato dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa que se encontra sujeita a alterações por múltiplos estímulos complexos (Kolcaba, 1994). A dor encontra-se associada à presença de um desconforto que quando aliviado ou controlado é percebido enquanto conforto (Kolcaba, 2003)

O conforto é compreendido como a satisfação das necessidades humanas básicas e por isso os enfermeiros devem implementar intervenções dirigidas à satisfação dessas necessidades de acordo com a individualidade da pessoa. A

procura pelo resultado das intervenções implementadas é possível através da sua avaliação junto da pessoa (Kolcaba, 2003).

O enfermeiro assume um papel fundamental na promoção do conforto durante a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. A proximidade estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa/família, a essência do cuidar em enfermagem e as competências profissionais que definem e individualizam os enfermeiros dos restantes profissionais de saúde são os alicerces potenciadores da promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica que experiencia o fenómeno da dor.

Compreende-se desde já que o meu percurso de desenvolvimento de competências decorreu junto da pessoa em situação crítica e por isso importa defini-la. Segundo Benner, Kyriakidis & Stannard (2011), a pessoa em situação crítica é aquele que apresenta doença ou lesão grave, incapaz de manter o equilíbrio fisiológico de forma independente ou sob alto risco de instabilidade fisiológica e que por este motivo está dependente de cuidados intensivos e/ou de suporte tecnológico.

O presente relatório encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro capítulo compreende o enquadramento teórico referente à temática que delineou o meu percurso de desenvolvimento de competências, integrando a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e os resultados obtidos na RIL. O segundo capítulo refere-se ao percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem que descreve as atividades realizadas durante os estágios numa perspetiva crítico-analítica.

A elaboração deste relatório enquadrou as normas emitidas no Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA, emitido em 2020, por Godinho, bem como, as normas do American Psychological Association (7ª edição).

1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB SEDAÇÃO

1.1. Conforto enquanto resultado do cuidado especializado de enfermagem

O conforto é elementar aos cuidados de enfermagem, encontrando-se articulado à prática profissional desde a sua origem (Apóstolo, 2009). Em 1859, Nightingale (2005) considerou o conforto como uma meta do cuidado de enfermagem e como meio promotor de saúde. Para Còlliere (2003) os cuidados de conforto prestados pelos enfermeiros promovem um ambiente seguro junto da pessoa, encorajando-a a enfrentar adversidades em saúde.

O conforto é considerado um foco de intervenção em enfermagem na procura pela satisfação de necessidades humanas (Orlando, 1961), no entanto, o significado que cada pessoa lhe atribui confere-lhe um carácter individual e único (Ponte & Silva, 2015).

O enfermeiro pela estreita ligação e proximidade à pessoa e sua família é o profissional de saúde que deve deter as competências adequadas ao entendimento das necessidades em conforto da pessoa/família a quem presta cuidados de enfermagem, considerando-a enquanto ser individual e único. Para Benner (2001), assegurar o conforto da pessoa é uma competência do enfermeiro. Esta competência à semelhança de outras é adquirida e desenvolvida, passando por vários níveis de proficiência até atingir o estágio superior de perito (Benner, 2001).

O profissional competente apresenta um conjunto de instrumentos que permitem refletir e decidir sobre as ações a implementar numa determinada situação, não se limitando à exibição de um comportamento pré-estabelecido ou por simples imitação (Boterf, 2003). O desenvolvimento de competências junto da pessoa em situação crítica e sua família, ancorado na Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba, permite prestar cuidados de enfermagem com base numa tomada de decisão fundamentada na disciplina de enfermagem.

O enfermeiro mestre e especialista foca a sua intervenção na promoção do conforto da pessoa em situação crítica e sua família considerando as necessidades identificadas nos diferentes contextos (físico, sociocultural, psicoespiritual e

ambiental), objetivando o conforto como um resultado dos cuidados especializados de enfermagem. Segundo o Regulamento nº.429/2018 (2018), os cuidados especializados em enfermagem são definidos como “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.19362).

Através da prestação de cuidados especializados alcança-se a excelência do cuidar em enfermagem que se reflete em ganhos em saúde para a pessoa, família, cuidadores e para a população. A nível económico revela-se uma diminuição dos custos em saúde que podem ser otimizados através da aquisição de recursos humanos cada vez mais habilitadas e recursos materiais tecnicamente mais desenvolvidos.

Importa por isso realizar um breve enquadramento do referencial teórico que sustentou a minha intervenção especializada de enfermagem - Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba - que foi selecionado pela sua incidência no conceito de conforto, pela sua aptitude orientadora de estratégias interventivas em enfermagem, bem como, pelo seu foco em avaliar/reavaliar o resultado das intervenções de enfermagem com recurso a instrumentos adequados.

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba assenta em quatro conceitos metaparadigmáticos, sendo estes o doente, o ambiente, a saúde e a enfermagem. O doente é quem recebe os cuidados, podendo ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde. O ambiente refere-se a qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser alterados pelo enfermeiro. A saúde é o que o doente, família ou comunidade define como estado ótimo. Por último, os cuidados de enfermagem dizem respeito à avaliação das necessidades de conforto, à implementação de medidas de conforto que visem suprir as necessidades identificadas e à reavaliação dos níveis de conforto após a implementação de uma ação (Kolcaba, 2003).

O conforto enquanto resultado deriva de um processo *continuum* de ações de enfermagem confortantes. Os cuidados de conforto são uma forma de arte em enfermagem conseguida através de intervenções criativas e fundamentadas em princípios científicos e humanísticos (Kolcaba, 1994, 2003).

O conforto é percebido enquanto encontro entre duas pessoas do qual resulta um sentimento de ajuda, suporte, alívio, encorajamento e satisfação (Kolcaba, 2003); é um estado holístico e complexo que resulta da prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa (Kolcaba, 2003; Kolcaba 1992).

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é definido como um estado imediato de ser fortalecido através da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos (físico, sociocultural, psíquico e ambiental).

O alívio diz respeito ao estado da pessoa a quem uma necessidade específica de conforto foi satisfeita; a tranquilidade é um estado de calma, sossego ou satisfação; e a transcendência refere-se a um estado onde existe um sentimento de competência para planejar e resolver problemas (Kolcaba, 2003)

Os três estados de conforto desenvolvem-se no contexto físico que diz respeito às sensações corporais; no contexto sociocultural que engloba as relações interpessoais, familiares e sociais; no contexto ambiental que envolve a luz, cores, sons, equipamentos, temperatura e os elementos artificiais e naturais; e no contexto psíquico que se refere à consciência de si, à autoestima, ao autoconceito, à sexualidade e à religião (Kolcaba, 2003).

A natureza holística do conforto presente na Teoria de Katharine Kolcaba prevê a implementação de intervenções de enfermagem nos vários contextos da experiência humana - físico, sociocultural, ambiental e psíquico – por forma a interrelacionar as muitas partes na compreensão dos efeitos sobre um todo individual (Kolcaba, 1992; Kolcaba, 2003).

A implementação de intervenções de enfermagem numa perspetiva multidimensional promove alterações desejáveis que são experienciadas pela pessoa em simultâneo indo de encontro à consistência da complexidade humana (Kolcaba & Steiner, 2000). O conforto é um estado holístico que capta muitos dos aspetos simultâneos e inter-relacionados da experiência humana (Kolcaba, 1992).

A avaliação do conforto antes e após a implementação de medidas confortantes permitem demonstrar a eficácia das intervenções implementadas e melhoram a prática de enfermagem (Kolcaba, 1992; Kolcaba & Steiner, 2000). Instrumentos que avaliam o conforto fornecem informação empírica sobre a natureza do conforto holístico (Kolcaba & Steiner, 2000). A classificação do nível de conforto auxilia os enfermeiros a determinar a natureza dos detratores e a planejar a sua ação tendo como objetivo a melhoria dos resultados em saúde da pessoa/família (Kolcaba & Steiner, 2000).

A avaliação do conforto da pessoa realiza-se com recurso a instrumentos que permitem colher informações objetivas quanto ao nível de conforto da pessoa. Estes instrumentos podem ser escalas visuais análogas, questionários tradicionais ou através da observação de mudanças de comportamentos. A avaliação, segundo uma abordagem subjetiva, também pode ser realizada através do questionamento da pessoa acerca do seu estado de conforto (Kolcaba, 2001).

A realização de estudo junto da pessoa em situação crítica, internada numa UCI, permitiu constatar que os instrumentos de conforto demonstraram fortes propriedades psicométricas, sendo considerados um bom meio na avaliação do conforto da pessoa ao longo do internamento (Dowd, Kolcaba & Steiner, 2000).

A identificação da presença de dor na pessoa em situação crítica sob sedação, com recurso a instrumentos adequados para a avaliar, permite planear as intervenções de enfermagem de forma individualizada e de acordo com as necessidades de conforto da pessoa. A implementação de medidas de conforto que permitam aliviar ou cessar a dor, refletem-se na pessoa como um todo, ou seja nos seus quatros contextos (físico, sociocultural, ambiental e psicoespiritual), transmitindo segurança à pessoa e sua família e prevenindo problemas de saúde inerentes à experiência de dor.

O meu raciocínio vai ao encontro de Kolcaba (2003) que se referiu à dor como um desconforto físico que se expressa nas diferentes dimensões contextuais do conforto através da não satisfação das necessidades da pessoa. A sensação de dor encontra-se associada à presença de um desconforto que quando aliviado ou controlado é percecionado enquanto conforto.

Compreende-se assim o motivo pelo qual, enquanto futura mestre e especialista, orientei as intervenções de enfermagem, na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Através do seu nortear foi possível prestar cuidados de enfermagem centrados nas necessidades da pessoa em situação crítica sob sedação, garantindo o aumento do conforto enquanto resultado esperado dos cuidados especializados de enfermagem.

1.2. Dor na pessoa em situação crítica

O conceito de dor é definido pela *International Association for the Study of Pain* como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (...)” (*International Association for the Study of Pain citado por DeSantana et al., 2020, p. 1*).

A dor é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que a pessoa diz que existe (McCaffery, 1968). “A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita. Admitimos a sua existência quando se passa connosco e acreditamos na que os outros nos comunicam. (...) A dor é, também, matematicamente, uma grandeza variável. (...) um fenómeno complexo (...) multidisciplinar” (DGS, 2001, p.5).

A dor, enquanto referência subjetiva de sofrimento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), distingue-se conceitualmente deste. O sofrimento é subjetivo, baseado na experiência individual, não pode ser determinado por outros, sendo único para cada pessoa (Smith, Amella & Edlund, 2014). Sofrimento é a resposta da pessoa perante a sensação de dor, sendo a dor considerada como resposta primária e o sofrimento como secundária (Kahn & Steeves, 1986).

O sofrimento não é uma medida da dor ou um distúrbio psicológico (Kahn & Steeves, 1986). Mas a perceção de ameaças graves ou danos ao “Eu”, sendo exemplo disso a dor, pode resultar em sofrimento porque muda o sentido que a pessoa tem sobre si própria (Chapman & Gavrin, 1999).

Importa acrescentar que o sofrimento promove insegurança e está associado a emoções fortes tais como tristeza, angústia, medo, abandono e desespero (Ferrell & Coyle, 2008)

As emoções também podem estar associadas ao fenómeno da dor enquanto componente afetiva que corresponde ao modo como a pessoa sente a dor (Metzger, Muller & Schwetta, 2002). No entanto, existem outras componentes que estão inerentes ao fenómeno da dor, sendo estas a sensorial, cognitiva, comportamental e fisiológica (Metzger, et al., 2002). A componente sensorial refere-se à perceção das características da dor (intensidade, localização e qualidade); a componente cognitiva diz respeito à interpretação ou ao significado que a pessoa atribui à dor; a componente comportamental refere-se às estratégias (verbais e não verbais) utilizadas pela pessoa para expressar, evitar ou controlar a dor; e, por último, a componente fisiológica refere-se à nociceção e à resposta ao stress (Metzger, et al., 2002).

A dor pode ser classificada quanto à duração como dor aguda ou crónica e quanto ao tipo como dor nociceptiva ou neuropática (Metzger, et al., 2002). A dor aguda apresenta um início súbito, provavelmente tem uma duração limitada e encontra-se associada a um evento causal (IASP, 2011). Metzger, et al. (2002), defendem que permanece durante um período inferior a três ou seis meses, sendo encarada como um mecanismo de alarme para a presença de um evento adverso, promovendo, por isso, a procura de cuidados de saúde por parte da pessoa que a vivencia (IASP, 2011). A dor aguda quando não controlada aumenta o tempo de internamento, bem como o risco de morbilidade, podendo evoluir para dor crónica (IASP, 2011).

A dor crónica é definida como a dor que persiste durante um período superior a três meses e que muitas vezes perdura após o tratamento da causa que lhe deu origem (Treede, et.al., 2019). Esta dor passa a ser considerada uma patologia ao invés de um sinal de alarme (Metzger, et al., 2002).

A dor aguda e a dor crónica podem ter origem nociceptiva ou neuropática. A dor nociceptiva deriva da estimulação de recetores específicos da dor (Metzger, et al., 2002), podendo estes estímulos apresentarem origem mecânica, térmica ou química (Lopes, 2003). Por sua vez a dor nociceptiva pode classificar-se como somática ou visceral. A dor somática envolve tecidos superficiais como a pele, os músculos, as articulações e os ossos, sendo a sua localização bem definida no espaço. Enquanto a dor visceral envolve órgãos como o coração, o estômago e o fígado, apresentando uma localização difusa (Pasero & McCaffery, 2011). A dor visceral pode alertar para a presença de infeção, inflamação, modificação da motilidade dos órgãos, neoplasia ou isquemia (Pasero & McCaffery, 2011). A administração de analgesia adequada à intensidade da dor experienciada pela pessoa é considerada uma intervenção eficaz e eficiente perante a presença de dor nociceptiva (Metzger, et al., 2002).

A dor neuropática surge a partir de uma lesão ou disfunção do sistema nervoso somatossensorial. A lesão ou disfunção pode ser parcial ou total e pode ter origem periférica ou central (Metzger, et al., 2002; Pasero & McCaffery, 2011; Lopes, 2003). Este tipo de dor pode ser difícil de gerir e requer frequentemente intervenção terapêutica multimodal, ou seja, conjugar, por exemplo, a administração de terapêutica farmacológica com a realização de técnicas de estimulação elétrica (Metzger, et al., 2002; Pasero & McCaffery, 2011).

Abordada a dor quanto ao seu tipo e causalidade importa agora realizar um breve enquadramento teórico quanto à sua fisiologia. Este enquadramento permite compreender o motivo pelo qual alguns parâmetros comportamentais estão integrados na avaliação da dor na pessoa em situação crítica.

A dor é uma experiência consciente que emerge da nociceção (Pasero & McCaffery, 2011). A nociceção representa o processo neuronal de codificação e processamento de estímulos nociceptivos envolvidos em quatro fases, a transdução, a transmissão, a percepção e a modelação (Metzger, et al., 2002; Pasero & McCaffery, 2011).

A transdução da dor refere-se à deteção de estímulos mecânicos, térmicos ou químicos, pelos recetores nociceptivos periféricos, e à sua conversão num impulso nervoso, ou seja, em potenciais de ação. A pessoa em situação crítica encontra-se sujeita a inúmeros estímulos nociceptivos derivados da patologia subjacente, dos procedimentos invasivos e das intervenções implementadas pelos profissionais de saúde. Estes stressores estimulam a libertação de prostaglandinas, braquinina, serotonina, histamina, adrenalina, citoquinas, neuroquininas (especialmente substância P) e neuropéptidos, dando início ao processo de transmissão de impulsos elétricos para a medula espinhal (Pasero & McCaffery, 2011; Lopes, 2003).

O segundo processo da nociceção refere-se à transmissão de potenciais de ação desde as fibras nervosas nociceptivas até à medula espinhal. Seguidamente, os potenciais de ação são transmitidos até ao cérebro através das fibras espinotalâmicas (Pasero & McCaffery, 2011; Lopes, 2003). Este processo desencadeia rigidez muscular, na pessoa em situação crítica, devido à atividade reflexa. A rigidez muscular, considerado um indicador comportamental associado à presença de dor, contribui para a imobilidade e diminui a capacidade de extensão diafragmática, resultando em hipoventilação e hipoxemia. Por este motivo, a adaptação da pessoa em situação crítica ao ventilador é considerada outro indicador comportamental da presença de dor (Gélinas, 2018).

Na percepção, terceira fase do processo de nociceção, ocorre a interpretação da mensagem de dor no tronco cerebral, no hipotálamo e no tálamo. Estas estruturas intervêm na expressão da componente afetiva, sensorial, cognitiva e comportamental da dor e permitem a realização da descrição das suas características (localização, intensidade e qualidade) pela pessoa, justificando assim a subjetividade inerente à experiência da dor (Metzger, et al., 2002). Expressões faciais e movimentos corporais

são indicadores comportamentais da dor que surgem como resultado de projeções das fibras da dor para o sistema límbico e para o córtex frontal (Gélinas, 2018).

Finalmente, a modelação visa facilitar ou inibir a libertação de neurotransmissores sobre o sistema nervoso central, tendo como intuito aliviar os efeitos álgicos da agressão (Metzger, et al., 2002).

A pessoa em situação crítica em consequência da resposta de *stress* neuroendócrina induzida pela dor apresenta alterações tanto a nível fisiológico como psicológico. (Batalha, 2016; Al Darwish, Hamdi, & Fallatah, 2016; Latorre-Marco, Solís-Munoz & Acevedo-Nuevo, 2015; Kotfis, Zegan-Barańska & Szydłowski, 2017). No entanto, importa considerar que as respostas ao *stress* apresentadas em seguida não se restringem ao fenómeno da dor, podendo ser atribuídas a outras condicionantes geradoras de *stress*, a alterações homeostáticas ou a medicação (Gélinas, 2018).

A vasoconstrição arteriolar desencadeada pelo aumento da concentração das catecolaminas origina hipertensão, taquicardia, diminuição da perfusão e da pressão parcial de oxigénio tecidual, conduzindo a isquemia e rotura de placa de aterosclerose (Batalha, 2016; Al Darwish, Hamdi, & Fallatah, 2016; Latorre-Marco, Solís-Munoz & Acevedo-Nuevo, 2015; Kotfis, Zegan-Barańska & Szydłowski, 2017).

A pessoa em situação crítica está sujeita ao aumento do risco de infeção respiratória, atelectasias e hipoxemia devido à imobilidade incitada pela presença de dor (Batalha, 2016; Latorre-Marco, et al., 2015) Para além da infeção respiratória, a pessoa apresenta risco de desenvolver outras infeções por se encontrar imunodeprimida. Este problema deve-se à diminuição da contagem de linfócitos T citotóxicos e à redução da atividade fagocitária dos neutrófilos, induzida pela dor (Batalha, 2016; Latorre-Marco, et al., 2015; Kotfis, et al., 2017).

O hipermetabolismo conduz ao desenvolvimento de hiperglicemia, lipólise aumentada, catabolismo proteico, retenção de água e sódio e expansão do espaço extracelular, resultando também no aumento de risco de infeção (Batalha, 2016; Latorre-Marco, et al., 2015; Kotfis, et al., 2017).

As alterações na coagulação provocadas pelo hipermetabolismo desencadeiam alterações no processo de cicatrização de feridas e/ou úlceras de pressão (Batalha, 2016; Latorre-Marco, et al., 2015; Kotfis, et al., 2017). O risco aumentado de estase venosa, trombose venosa profunda e tromboembolismo verificado na pessoa em situação crítica que experiencia dor deve-se a alterações no

sistema hematológico, nomeadamente, ao aumento da adesividade plaquetária, à fibrinólise reduzida e à hipercoaguabilidade (Batalha, 2016).

A dor presente na pessoa em situação crítica conduz ao aumento do tónus dos esfíncteres, à diminuição da motilidade intestinal e urinária e à hipersecreção gástrica. Estas alterações a nível do sistema gastrointestinal provocam obstipação, náuseas e vómitos, retenção urinária, oligúria e úlceras gástricas (Batalha, 2016).

Para além das alterações fisiológicas descritas, a pessoa em situação crítica com presença de dor também pode apresentar medo, ansiedade, delírio, agitação, depressão, irritabilidade e insónia (Batalha, 2016; Latorre-Marco, et al., 2015).

As consequências fisiológicas e psicológicas da dor aguda não controlada ou tratada são significativas e duradouras e apresentam-se como um fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica, frequentemente de natureza neuropática, *stress* pós-traumático, diminuição da qualidade de vida e aumento da morbilidade e mortalidade da pessoa em situação crítica (Batalha, 2016; Latorre-Marco et al., 2015; Kotfis et al., 2017). Segundo um estudo realizado por Schelling, Richter & Roozendaal (2003), 38% das pessoas que vivenciaram um internamento numa UCI apresentam, a longo prazo, dor crónica; 27% desenvolveram distúrbio de *stress* pós-traumático; e 21% registaram diminuição da qualidade de vida.

O fenómeno da dor é frequentemente experienciado pela pessoa em situação crítica, tanto em repouso como durante a prestação de cuidados de enfermagem, sendo por isso fundamental que a sua avaliação e controlo seja devidamente implementada pela equipa de enfermagem (Devlin et al., 2018; Kotfis et al., 2017; Latorre-Marco et al., 2015; Gélinas, Tousignant-Laflamme & Tanguay, 2010).

Uma adequada avaliação da dor contribui para a promoção da qualidade de vida da pessoa em situação crítica, sendo por isso considerada uma das finalidades do cuidado em enfermagem (OE, 2008; SPCI, 2012). Posto isto, compete ao enfermeiro avaliar, planear, implementar intervenções e reavaliar os resultados das mesmas assegurando as boas práticas nos cuidados de enfermagem (OE, 2008; DGS, 2003). Os instrumentos de avaliação da dor revelam-se os meios mais eficazes e eficientes na identificação da sua intensidade (DGS, 2003), no entanto, esta intervenção revela-se um verdadeiro desafio junto da pessoa em situação crítica (Pudas-Tähkä & Sanna Salanterä, 2018).

1.3. Avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação

A avaliação é considerada uma intervenção de enfermagem fundamental ao adequado controlo da dor. A dor enquanto conceito subjetivo e multidimensional requer uma avaliação complexa (Gélinas, 2018; Devlin et al., 2018; SPCI, 2012; OE, 2008; DGS, 2003; DGS, 2001). Esta complexidade torna-se mais evidente quando nos encontramos perante a pessoa em situação crítica que pela sua situação clínica severamente agudizada pode apresentar alteração do estado de consciência motivado pela sedação, impossibilitando a autoavaliação da dor (Phillips, Kuruvilla & Bailey, 2019; Devlin et al., 2018; Pudas-Tähkä & Sanna Salanterä, 2018; Kotfis et al., 2017; Al Darwish, et al., 2016; Rose, Haslam & Dale, 2013; Haslam, Dale & Knechtel, 2012; Gélinas, et al., 2010)

No entanto, a impossibilidade de comunicar a dor não implica que a pessoa em situação crítica sob sedação não a experiencie detendo os enfermeiros um papel fundamental na promoção da sua avaliação (Devlin et al., 2018; Clukey, Weyant & Roberts, 2014). A avaliação sistemática da dor com recurso a instrumentos adequados permite reduzir a intensidade da dor, gerir a administração de analgesia de acordo com as reais necessidades da pessoa, reduzir as morbilidades associadas à presença de dor, diminuir o tempo de internamento e a duração da ventilação mecânica (Phillips, et al., 2019; Rose, et al., 2013)

Na prática clínica constata-se que os enfermeiros tendem a subvalorizar a avaliação da dor comparativamente com outras intervenções de enfermagem e, para além disso, confundem sedação com analgesia (Clukey, et al., 2014), privilegiando a administração de sedativos em detrimento de analgésicos (Haslam, et al., 2012).

A avaliação da dor deve ser uma prioridade para os enfermeiros porque assim é possível identificar a presença de dor junto da pessoa em situação crítica sob sedação e, conseqüentemente permite implementar intervenções de enfermagem dirigidas ao seu controlo. Através de uma adequada gestão da dor também se proporciona uma adequada gestão da administração de sedativos. A administração destes fármacos deve dirigir-se ao controlo da ansiedade da pessoa em situação crítica e não como forma de promover o alívio da dor (Clukey, et al., 2014; Haslam, et al., 2012; Skrobik, 2008).

A administração de sedativos de forma desproporcionada e sem uma devida fundamentação na evidência científica pode motivar o desenvolvimento de pneumonia, depressão respiratória e prolongar a duração da ventilação mecânica invasiva (Devlin et al., 2018; Ashkenazy & DeKeyser-Ganz, 2011).

A sedação é definida como a redução intencional do nível de consciência (Hoy & Keating (2011), podendo esta ocorrer sob diferentes profundidades (American Association of Anesthesiologists [ASA], 2019). A sedação mínima (ansiolítica) refere-se ao alívio farmacológico da ansiedade com recurso a ansiolíticos, encontrando-se a pessoa consciente e com capacidade de resposta a comandos verbais. No entanto, a coordenação e a função cognitiva podem encontrar-se diminuídas (American Association of Anesthesiologists [ASA], 2019).

A sedação moderada (sedação consciente) e profunda descreve a depressão farmacológica do estado de consciência da pessoa. A pessoa sob sedação moderada mantém movimento ocular ou os olhos abertos ao estímulo verbal, mas não mantêm contacto visual. Enquanto a pessoa sob sedação profunda não responde a estímulos verbais, reagindo apenas à estimulação tátil repetida ou dolorosa. Para além disso, a pessoa sob sedação profunda apresenta ventilação espontânea desadequada, podendo necessitar de suporte ventilatório mecânico (American Association of Anesthesiologists [ASA], 2019).

Por último a anestesia geral diz respeito à perda de consciência induzida por fármacos em que a pessoa não apresenta qualquer resposta a estímulos mesmo que estes sejam dolorosos. Frequentemente, a pessoa necessita de suporte ventilatório, sob pressão positiva, devido à incapacidade de resposta ventilatória espontânea ou à depressão do sistema neuromuscular induzido por fármacos (bloqueadores neuromusculares) (American Association of Anesthesiologists [ASA], 2019).

Compreende-se que a administração de sedativos diminui a capacidade da pessoa autoavaliar a sua dor, sendo fundamental implementar na prática diária dos cuidados de enfermagem intervenções dirigidas à interrupção diária da sedação ou à manutenção da pessoa sob efeito de uma sedação mínima, permitindo-lhe desta forma que comunique a sua dor (D'Arcy & Knippa, 2019; Gélinas, 2018; Devlin et al., 2018; Clukey, et al., 2014).

No entanto, pela situação clínica severamente agudizada da pessoa em situação crítica, por vezes, a administração de sedação contínua e em doses moderadas a elevadas é imprescindível no decurso do seu processo de cuidados de

saúde. Portanto, importa que as intervenções de enfermagem dirigidas à avaliação da dor sejam implementadas frequentemente e com recurso a instrumentos adequados às características da pessoa alvo de cuidados (D'Arcy & Knippa, 2019; Gélinas, 2018).

Os instrumentos de avaliação comportamental da dor, baseados na observação de comportamentos, são os meios mais indicados para avaliar a dor junto da pessoa em situação crítica sob sedação (D'Arcy & Knippa, 2019; Phillips, et al., 2019; Devlin et al., 2018; Gélinas, 2018; Latorre-Marco et al., 2015). A implementação destes instrumentos na prática de cuidados de enfermagem promove a frequência da avaliação da dor, aumentam o conforto da pessoa (Phillips, et al., 2019; Rose, et al., 2013) e auxiliam os enfermeiros a distinguir comportamentos ambíguos que resultem de dor, agitação ou *delirium* (Haslam, et al., 2012).

Os enfermeiros, perante comportamentos ambíguos, devem, primeiramente, avaliar a dor com recurso a instrumentos adequados e implementar intervenções dirigidas ao seu controlo e depois gerir a profundidade e qualidade da sedação administrada (D'Arcy & Knippa, 2019; Phillips, et al., 2019; Gélinas, 2018; Skrobik, 2008). Intervenções de enfermagem dirigidas à gestão do *delirium* só deve acontecer posteriormente para que este não venha a ser confundido com a presença de dor ou a administração de sedação insuficiente (D'Arcy & Knippa, 2019; Gélinas, 2018; Skrobik, 2008).

Ao longo dos anos vários estudos têm sido realizados com o intuito de compreender quais os instrumentos de avaliação da dor que apresentam maior validade e confiabilidade quando aplicados junto da pessoa, adulta, em situação crítica sob sedação. Os resultados dos estudos apontam para que a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) são os instrumentos que apresentam maior validade e confiabilidade na avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação (Devlin, et al., 2018; Pudas-Tähkä & Salanterä, 2018; Rijkenberg, Stilma & Bosman, 2017; Al Darwish, et al., 2016; Chanques, Pohlman & Kress, 2014; Linde, Badger & Machan, 2013; Gélinas, et al., 2010).

A BPS foi desenvolvida por Payen, Bru & Bosson (2001) para avaliar a dor junto da pessoa em situação crítica sob sedação e ventilação mecânica. Esta escala é caracterizada por três domínios comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador), sendo cada um dos domínios subdivididos em quatro níveis de comportamentos pontuáveis entre 1 a 4 valores. A

classificação mínima corresponde a uma pontuação de 3, sem dor, e a um máximo de 12 que é considerada a pior dor (Payen, et al., 2001).

A *Behavioral Pain Scale – nonintubated* (BPS-NI) foi desenvolvida por Chanques, Payen & Mercier em 2009, através da adaptação da BPS, com o intuito de avaliar a dor na pessoa em situação crítica não entubada e que se encontra impossibilitada de autoavaliar a dor. Esta escala difere da BPS na medida em que foi introduzido o domínio “vocalização” em detrimento da “adaptação ao ventilador”. A vocalização refere-se à expressão de gemidos, gritos, queixas verbais de dor e recurso a palavras sugestivas de protesto.

Este instrumento, segundo Devlin, et al. (2018), encontra-se devidamente validado e apresenta uma boa confiabilidade, estando recomendada a sua aplicação junto da pessoa em situação crítica sob sedação.

A CPOT foi desenvolvida por Gélinas, Fillion & Puntillo (2006) e inclui quatro categorias comportamentais, denominadas: expressão facial, movimento corporal, tensão muscular e adaptação ao ventilador, caso a pessoa se encontre sob intubação oro-traqueal, ou vocalização se a pessoa não apresentar intubação oro-traqueal. Os comportamentos observáveis em cada uma das quatro categorias são classificados entre 0 a 2, apresentando a CPOT uma pontuação total que varia entre 0 a 8 valores (Gélinas, et al., 2006).

Segundo Linde, et al. (2013), os enfermeiros consideram a CPOT uma ferramenta comportamental simples e de rápida aplicação, pois permite avaliar a dor num curto espaço de tempo. Para além disso, a introdução da CPOT na prática de cuidados não exige longos períodos de formação (Linde, et al., 2013) e evita o recurso inadequado a instrumentos de autoavaliação da dor junto da pessoa em situação crítica sob sedação (Phillips, et al., 2019).

No que à realidade portuguesa diz respeito constata-se que a BPS é o instrumento comportamental de avaliação da dor preconizado pela SPCI (SPCI, 2012). Este resultado surgiu de um estudo realizado pelo Grupo de Avaliação da Dor, da SPCI, em 2012, onde se estabeleceu o instrumento comportamental que os enfermeiros devem recorrer aquando da avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação e ventilação (SPCI, 2012).

A BPS foi traduzida e validada para português (Anexo I) por Marques (2009) e apresenta índices significativos de fidelidade, validade e sensibilidade para a pessoa em situação crítica sob sedação e ventilação. Em 2013, Batalha, Figueiredo &

Marques realizaram um estudo de carácter metodológico, de tradução e análise de validade psicométrica da *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient* (BPS-IP), tendo concluído que a versão portuguesa da BPS-IP revelou ser válida e fiável.

A *Behavioral Pain Assessment Scale* (BPAS) também foi traduzida e validada para português (Anexo II) e apresentou igualmente bons resultados de validade e confiabilidade na avaliação da dor na pessoa em situação crítica internada numa UCI (Marques, 2009).

A BPAS foi adaptada por Campbell, em 2000, e é constituído por cinco categorias comportamentais, a expressão facial, a agitação, o tónus muscular, a vocalização e o conforto. Cada uma destas categorias subdivide-se em três níveis de comportamento que são avaliados entre 0 a 2. A pontuação total atribuída por esta escala varia entre 0 e 10 valores, onde 0 revela a inexistência de dor; entre 1 e 3 valores é considerado dor suave; entre 4 e 5 valores refere-se a dor moderada; e uma pontuação superior ou igual a 6 valores diz respeito a uma dor severa (Marques, 2009).

O estudo realizado por Marques (2009) também contemplou a tradução da CPOT para português (Anexo III), no entanto, o seu processo de validação não se encontra concluído. A CPOT, pelas suas características intrínsecas, é possível de aplicar junto da pessoa em situação crítica sob sedação, com ou sem intubação orotraqueal, pelo que seria uma mais válida na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, concluir o seu processo de validação para a língua portuguesa.

As escalas de avaliação comportamental são, até ao momento, o método mais adequado à avaliação de dor na pessoa em situação crítica sob sedação, no entanto, também apresenta lacunas que devem ser tidas em consideração aquando da sua aplicabilidade na prática clínica (Devlin et al., 2018; Gélinas, 2018; Latorre-Marco, et al., 2015).

Segundo Devlin, et al. (2018), os enfermeiros não devem recorrer a instrumentos comportamentais quando a pessoa em situação crítica se encontra sob sedação profunda (*Richmond Agitation-Sedation Scale* [RASS] ≤ -4) e/ou bloqueadores neuromusculares, pois a resposta comportamental pode ser nula ou indetetável à observação. No estudo realizado por Li, Miaskowski, & Burkhardt (2009), respostas comportamentais como a expressão facial, tónus muscular, movimento dos membros superiores ou inferiores e sincronia com o ventilador mantiveram-se

inalteradas na pessoa sob sedação profunda independentemente do estímulo aplicado ser nociceptivo ou não nociceptivo.

O índice bispectral (BIS) demonstra ser considerada uma técnica útil na avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação, mesmo que esta apresente uma profundidade elevada (Gélinas, et al., 2010; Li, et al., 2009). O BIS é uma técnica não invasiva, com fácil implementação junto da pessoa internada na UCI, que permite adequar a terapêutica analgésica e sedativa às reais necessidades da pessoa em situação crítica (Gélinas, et al., 2010).

O aumento do diâmetro pupilar, aquando da realização de procedimentos nociceptivos, também pode ser considerado um indicador fisiológico da presença de dor na pessoa em situação crítica sob sedação profunda (Li, et al., 2009), apesar de ainda virem a ser necessários mais estudos que fundamentem esta afirmação (Gélinas, 2018).

Segundo Li, et al. (2009), o diâmetro pupilar aumenta 16% aquando da realização de um procedimento de enfermagem nociceptivo e retoma o tamanho basal cinco minutos após o término do procedimento. A avaliação do diâmetro pupilar, antes da realização de um procedimento de enfermagem doloroso, permite prever a resposta da pessoa ao procedimento nociceptivo, sendo também indicativo da qualidade da analgesia (Li et al., 2009; Paulus, Roquilly & Beloeil, 2013). A variação do diâmetro pupilar igual ou superior a 5% é indicativa de analgesia insuficiente (Paulus et al., 2013).

No entanto, há que considerar que alterações em parâmetros fisiológicos como o tamanho da pupila pode dever-se à administração de analgesia opióide (Li et al., 2009) e às características inerentes à pessoa em situação crítica (Li et al., 2009; Devlin et al., 2018; Latorre-Marco et al., 2015).

Esta limitação não se restringe ao indicador fisiológico intitulado variação do diâmetro pupilar, aplicando-se também a outros parâmetros fisiológicos, nomeadamente a pressão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a saturação de oxigénio e a presença de dióxido de carbono endotelial (Devlin et al., 2018; Gélinas, 2018; Latorre-Marco et al., 2015).

Estes parâmetros fisiológicos quando alterados não devem ser considerados indicativos da presença de dor, porque podem estar atribuídos à patologia subjacente da pessoa em situação crítica ou a administração de fármacos que influenciam diretamente estes indicadores. Os enfermeiros devem interpretar estes sinais como

alerta para iniciar a avaliação da dor, sendo que a ausência de alteração destes não pode ser visto como a ausência de dor na pessoa em situação crítica (Devlin et al., 2018; Gélinas, 2018; Latorre-Marco et al., 2015).

A implementação de instrumentos comportamentais de avaliação da dor, sensíveis e específicos para a pessoa em situação crítica sob sedação promove a melhoria dos cuidados de enfermagem, através da correta identificação da presença de dor na pessoa, antes, durante a e após a realização de uma intervenção de enfermagem, visando garantir o controlo da dor (Devlin et al., 2018; Gélinas, 2018; Latorre-Marco et al., 2015).

A inclusão da família da pessoa em situação crítica no processo de avaliação e gestão da dor pode ser considerado um contributo significativo na identificação da presença de dor pela equipa de enfermagem. A família e/ou o cuidador são os elementos que mais facilmente reconhecem alterações na resposta comportamental da pessoa em situação crítica perante a presença de um estímulo doloroso (Herr, Coyne & McCaffery, 2011).

O enfermeiro mestre e especialista dotado de conhecimento técnico-científico e com competências desenvolvidas no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação ao integrar a família na avaliação da dor permite garantir a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade através da promoção do conforto da pessoa em situação crítica.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

O desenvolvimento de competências provem do domínio do exercício profissional onde ocorre a gestão de situações complexas que exigem experiência, adaptabilidade e conhecimento teórico (Benner, 2001).

A teoria proporciona um raciocínio crítico-reflexivo sobre a prática, sendo esta fonte de múltiplas experiências que promovem a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais à melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem (Benner, 2001).

Os contextos onde o processo de cuidados de enfermagem se desenrola possibilitam o desenvolvimento de novos conhecimentos e práticas profissionais através da vivência e partilha de experiências e saberes.

Esta premissa sustentou a seleção dos contextos de estágio que propiciaram o desenvolvimento de competências de enfermagem no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

Os estágios desenvolveram-se em contexto de UCI e Serviço de Urgência (SU), inseridos em instituições de saúde público-privada e pública, respetivamente. O estágio na UCI decorreu no período entre 23 de novembro e 31 de janeiro de 2021, com a duração de 250 horas. Seguiu-se, posteriormente, o estágio no SU no período compreendido entre 1 de fevereiro e 26 de março de 2021, igualmente com a duração de 250 horas.

O desenvolvimento dos estágios foi precedido pela elaboração de um projeto que contemplou no seu conteúdo um plano de atividades. Este plano foi elaborado com vista a dar resposta ao objetivo geral e aos objetivos específicos definidos para o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem no âmbito da temática em estudo. No entanto, este planeamento sofreu alterações aquando da iniciação do estágio nos diferentes contextos motivado tanto pelas características organizacionais dos contextos, bem como, pela situação pandémica vivenciada a nível internacional.

A 30 de janeiro de 2020, a doença por novo coronavírus (COVID 19), associada à presença do vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-COV-2), foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como uma emergência de saúde

pública de âmbito internacional, tendo sido declarada como pandemia internacional a 11 de março de 2020.

À data da realização dos estágios esta realidade mantinha-se inalterada, tanto a nível nacional como internacional, tendo por isso coincidido na íntegra com o decurso dos estágios.

Posto isto, o percurso de desenvolvimento de competências que em seguida apresentarei em dois subcapítulos distintos, o primeiro referente ao estágio na UCI e o segundo referente ao estágio no SU, encontrou-se sustentado na definição de objetivos concordantes com as contingências das instituições de saúde despoletadas pela situação pandémica vivida a nível nacional.

A descrição e reflexão crítica acerca do meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem contemplará as limitações que surgiram no decurso dos estágios e as estratégias delineadas para as ultrapassar. Estas foram alvo de reflexão e discussão com a professora e a enfermeira orientadora dos diferentes contextos de estágio por forma a enriquecer e promover o desenvolvimento de competências na área de especialização pessoa em situação crítica.

Importa referir que se encontrava projetado o desenvolvimento de um estágio na UCI onde exerço a minha atividade profissional, devido à necessidade identificada relativa à uniformização do uso de escalas de avaliação da dor dirigidas à pessoa em situação crítica sob sedação e à participação na formação da equipa de enfermagem relativa à sua correta operacionalização. A realização deste estágio teria permitido incrementar o registo sistemático da dor, com recurso a instrumentos válidos e adequados à pessoa em situação crítica sob sedação, no entanto, a sua realização não foi possível devido a fatores organizacionais que envolviam a instituição, mais propriamente devido ao combate à pandemia provocada pelo vírus SARS-COV-2.

2.1. Estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio I decorreu numa unidade que se encontra dividida em dois espaços físicos distintos, a UCI e a unidade de cuidados intermédios. As duas unidades, apesar de se encontrarem divididas em dois espaços físicos distintos, localizam-se lado a lado e são geridas por uma única enfermeira-chefe, sendo também a mesma equipa de profissionais de saúde a prestar cuidados à pessoa em situação crítica nos diferentes espaços físicos.

A situação de exceção proporcionada pela pandemia associada ao vírus SARS-COV-2 obrigou a reestruturação desta unidade, conforme estipulado pela DGS através da norma 004/2020, pelo que o espaço físico intitulado UCI destinava-se à pessoa em situação crítica com patologia do foro respiratório associado ao vírus SARS-COV-2, adiante designada como UCI COVID. Esta unidade dispunha no total de oito boxes individuais. Enquanto o espaço físico intitulado unidade de cuidados intermédios destinava-se à pessoa com necessidade de cuidados intensivos (nível III) médicos e cirúrgicos, bem como à pessoa com necessidade de cuidados intermédios (nível II), adiante designada como UCI polivalente. Este espaço físico dispunha de doze unidades, encontrando-se quatro reservadas à pessoa em situação crítica com patologia cardíaca e uma reservada à pessoa com necessidade de realização de Técnica de Substituição da Função Renal (TSFR) intermitente.

Segundo Valentin & Ferdinande (2011), as unidades de nível III devem ser destinadas a pessoas em situação crítica com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais com carácter de risco de vida imediato e que por isso requerem duas ou mais formas de suporte orgânico. No que às unidades de nível II diz respeito, estas devem ser destinadas a pessoas que necessitam de monitorização multiorgânica, de suporte de apenas uma função orgânica e sem necessidade de ventilação mecânica invasiva (Valentin & Ferdinande, 2011).

O meu percurso de desenvolvimento de competências decorreu alternadamente entre a UCI COVID e a UCI polivalente, tendo como intuito a procura pela diversidade de experiências que caracterizavam as duas unidades. No entanto, acabei por realizar um maior número de horas em contexto de UCI COVID por motivos relacionados com a gestão de recursos humanos e de carácter organizacional.

A realização de estágio predominantemente em contexto de UCI COVID permitiu integrar diferentes perspetivas no cuidar da pessoa com pneumonia

associada ao vírus SARS-CoV-2, desenvolver competências junto da pessoa em situação crítica com pneumonia associada ao vírus SARS-CoV-2 e concomitantemente desenvolver competências especializadas em enfermagem junto da pessoa em situação crítica sob sedação. No entanto, limitou o desenvolvimento de competências perante a pessoa em situação crítica com outras necessidades em cuidados de enfermagem especializados.

A procura pela alternância de prestação de cuidados de enfermagem na UCI COVID e na UCI polivalente, apesar de ocorrer com pouco frequência, revelou ser um fator dificultador na procura pelo atingir de um objetivo específico de estágio relativo ao conhecimento da dinâmica organizacional e funcional do serviço. O funcionamento e a dinâmica organizacional da UCI COVID diferenciavam-se da UCI polivalente tanto a nível estrutural como procedimental.

Esta dificuldade foi ultrapassada ao longo do estágio através do recurso a procura de informação junto da enfermeira orientadora e restantes membros da equipa de enfermagem, sendo para isso fundamental o reconhecimento que detinha sobre as minhas limitações pessoais e profissionais. Para além da procura de informação junto dos pares, a consulta e leitura de normas de procedimentos e de relatórios de atividades permitiu a longo prazo integrar a dinâmica organizacional e funcional das unidades.

A necessidade em me integrar em diferentes ambientes estruturais e organizacionais, com dinâmicas díspares e complexas promoveu o desenvolvimento de competências no domínio da **gestão de respostas de adaptabilidade individual e organizacional**. Antonello (2006) considera que o desenvolvimento de competências, atitudes e valores são motivados pela aprendizagem resultante da vivência de situações com que nos deparamos no nosso quotidiano profissional.

A alternância entre os diferentes contextos (UCI COVID e UCI polivalente) requereu uma constante análise sobre a prática de cuidados de enfermagem promovendo um contínuo **pensamento crítico-reflexivo de um modo auto-orientado e autónomo**, sendo esta competência conferida ao enfermeiro que busca incessantemente prestar cuidados de qualidade e individualizados ao nível de mestre.

Segundo Canário (2000), o enfermeiro aprende a refletir na ação aquando da prestação de cuidados em contexto experimental, desenvolvendo-se enquanto praticante reflexivo no decurso da sua atividade profissional.

A reflexão crítica dirigida aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do estágio foi constante e geradora de questionamento que impulsionaram a procura pela evidência científica atual e fidedigna. Para isso foi fundamental o recurso à leitura de artigos científicos, no decurso do estágio, dirigidos a temáticas que suscitaram questionamento durante a prestação de cuidados especializados em enfermagem. A elaboração da RIL, cujo protocolo pode ser consultado no apêndice I, em simultâneo com o decurso do estágio também permitiu alicerçar a prática de cuidados de enfermagem junto da pessoa em situação crítica sob sedação em evidência científica atual e fidedigna.

O conhecimento adquirido através dos conteúdos expressos pela evidência científica quando aplicados na prática de cuidados em enfermagem sob uma constante perspetiva reflexiva, permite responder às necessidades da pessoa, família e comunidade enquanto alvos de prestação de cuidados em saúde (Carvalho & Ramos, 2013).

A pessoa em situação crítica, bem como a sua família são elementos essenciais à prática de cuidados de enfermagem, devendo estar constantemente integrados no seu planeamento. Alicerçando o meu pensamento neste pressuposto e considerando que a pessoa em situação crítica com pneumonia associada ao vírus SARS-CoV-2 seria com muita frequência o meu foco de cuidados especializados em enfermagem considerarei que seria pertinente definir como um dos objetivos deste estágio prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, inclusive a pessoa com pneumonia associada ao vírus SARS-CoV-2, por forma a desenvolver competências especializadas de enfermagem.

Aquando da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com COVID-19 deparei-me com a necessidade de intervir perante situações que requerem elevada complexidade, sendo estas propulsoras do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro na área de especialização da pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A prestação de cuidados junto da pessoa sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) requereu que desenvolvesse capacidades e habilidades no âmbito da adaptação da pessoa ao ventilador, sendo para isso necessário implementar intervenções autónomas e interdependentes relacionadas com os parâmetros ventilatórios que proporcionassem conforto à pessoa em situação crítica.

Perante a pessoa em situação crítica sob VMI com COVID-19, a avaliação por mim realizada revelou-se de extrema importância, pois a equipa médica não se encontrava permanentemente junto da pessoa, devido ao isolamento que lhe era imposto, dificultando a intervenção médica no que diz respeito ao reajuste dos parâmetros ventilatórios. Ressalvo que foram várias as situações que promoveram debate com a enfermeira orientadora e posterior contacto telefónico com a equipa médica tendo como intuito a melhoria do *outcome* da pessoa e o seu conforto.

Através da melhoria do padrão respiratório da pessoa com recurso à adaptação ao ventilador promovi o alívio do desconforto físico que se refletia nas restantes dimensões da pessoa, transmitindo-lhe um sentimento de presença, atenção e ajuda geradoras de conforto no seu todo individual, indo assim de encontro à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003). Através destas intervenções desenvolvi competência na **identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e demonstrei conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O experienciar destas situações também fomentaram o desenvolvimento de competência no âmbito do **cuidar da pessoa e sua família que se encontra a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018), mas também no âmbito da **gestão de cuidados de enfermagem através da articulação estabelecida com outros elementos da equipa multidisciplinar** (Regulamento n.º 140/2019, 2019), promovendo assim o trabalho em equipa em prol dos ganhos em saúde da pessoa em situação crítica

O trabalho em equipa multidisciplinar fomenta uma adequada gestão de competências e conhecimentos conferidas pelos diferentes elementos da equipa de saúde. A prática de cuidados de saúde suportada nas habilidades e práticas conferidas pelos diferentes elementos da equipa contribui para a satisfação e segurança da pessoa e simultaneamente melhoram os *outcomes* em saúde da pessoa, família e comunidade (Kenaszchuk, MacMillan & Soeren, 2011).

Para além das experiências vivenciadas com a pessoa em situação crítica submetida a VMI, saliento também a prestação de cuidados junto da pessoa sob Ventilação Não Invasiva (VNI) e sob Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo (ONAF).

Segundo Sun, Qiu & Huang (2020), a pessoa em situação crítica com insuficiência respiratória aguda associada ao vírus SARS-CoV-2 necessita

frequentemente de incrementar o aporte de oxigénio, devido ao rápido agravamento do quadro de dispneia e hipoxemia, sendo a ONAF e a VNI opções terapêuticas eficazes na progressão da COVID-19, na redução da mortalidade associada a esta patologia e na redução da taxa de Intubação Orotraqueal (IOT). A VNI e a ONAF permitem manter uma pressão expiratória final positiva por forma a evitar o colapso alveolar (Sun et al., 2020). A implementação desta metodologia terapêutica requer vigilância rigorosa e monitorização contínua num ambiente controlado como o que se evidencia numa UCI (Sun et al., 2020).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica sob VNI e ONAF permitiu experienciar a promoção de ganhos em saúde para a pessoa e o aumento do seu conforto, através da alternância entre estas duas terapias. Recordo o desconforto vivenciado por uma das pessoas a quem prestei cuidados durante o estágio devido a esta se encontrar sob VNI com recurso à máscara facial total. Este dispositivo hospitalar, apesar das vantagens descritas na evidência científica, foi descrito pela pessoa como estando a exercer pressão sob as proeminências ósseas da face e lhe causar secura da mucosa oral e nasal. A sua condição clínica motivada pela COVID-19 não permitia a suspensão da VNI e o recurso a oxigenoterapia convencional, tendo sido nesta situação crucial o recurso a ONAF.

Esta experiência permitiu desenvolver competências especializadas em enfermagem junto da pessoa em situação crítica sob ONAF, tendo contactado pela primeira vez com esta terapia que até ao momento me era desconhecida. A prestação de cuidados sob orientação da enfermeira e a partilha de conhecimentos com a equipa de enfermagem e a equipa médica foi crucial durante a minha intervenção que se revelou promotora do conforto da pessoa. A troca da VNI por ONAF permitiu que a pessoa aliviasse a pressão que sentia na face, ingerisse água e, simultaneamente, procurei promover a ingestão de alimentos, garantindo desta forma um adequado aporte de oxigénio e suprimindo outras necessidades verbalizadas pela pessoa em situação crítica.

Esta intervenção insere-se no conceito atribuído por Kolcaba (2003) aos cuidados de enfermagem devido à preocupação atribuída à avaliação holística das necessidades em conforto da pessoa e posterior implementação de medidas que visem a sua garantia.

Segundo Groves & Tobin (2007), a ONAF em comparação com a VNI é mais bem tolerada pela pessoa porque garante a administração de um alto fluxo de

oxigénio, por cateter nasal, permitindo que a pessoa assegure necessidade como comer e beber. Para além disso, a ONAF fornece um fluxo de oxigénio aquecido e humidificado que proporciona mais conforto à pessoa.

Apesar das vantagens apresentadas pela ONAF e VNI, por vezes, estes recursos demonstraram-se insuficientes no que diz respeito ao suporte ventilatório da pessoa em situação crítica com COVID-19, pelo que era identificada a necessidade de progredir para VMI. Quando tal sucedia a pessoa em situação crítica apresentava medo e ansiedade manifestada tanto pela introdução do tubo orotraqueal como pela alteração do estado de consciência, motivado pela administração de sedação.

A vivência desta experiência promoveu o desenvolvimento de competências direcionadas à **assistência à pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica**, bem como à **gestão da comunicação interpessoal e a relação terapêutica com a pessoa/família que se encontra perante situações de alta complexidade** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A pessoa em situação crítica, perante a necessidade de IOT, relatava medo de apresentar dor, deixar de comunicar por meio verbal e até mesmo o medo de não voltar a acordar, após a administração de sedação. Compreendia que o medo e a ansiedade que se encontravam associados à IOT estavam relacionados muitas vezes com o facto desta patologia ser noticiada constantemente pelos meios de comunicação social e de serem apresentadas imagens do ambiente vivido numa UCI com pessoas sob VMI. Para além disso, o número de mortos provocado pelo vírus SARS-COV-2 era imenso e transmitido diariamente na televisão e rádio.

A intervenção especializada em enfermagem deve incidir sobre a gestão do medo e da ansiedade da pessoa em situação crítica e sua família, tendo estas situações potenciado o meu processo de desenvolvimento de competências durante o estágio. Compreendi que para além da minha intervenção a nível procedimental, imperava naqueles momentos estar próxima da pessoa, ouvi-la e compreendê-la por forma a desmistificar medos, explicar procedimentos, ações interventivas futuras e estratégias para colmatar a ausência de comunicação verbal. Informe a pessoa que apesar de se encontrar sob sedação, a minha intervenção passaria por falar e explicar os procedimentos que iria realizar. Procurei dar-lhe conhecimentos no âmbito da comunicação não-verbal e fazê-la entender que os enfermeiros iriam observá-la no

sentido de procurar compreender se apresentava dores, intervindo em seguida de forma farmacológica ou não farmacológica de forma a promover o seu conforto.

Segundo um estudo realizado por Clukey, et al. (2014), a pessoa sob sedação e VMI identificam como intervenções promotoras de conforto e tranquilidade o toque, a transmissão de informação e orientação junto da pessoa antes de executar um procedimento, bem como, a comunicação com um tom de voz calmo e confiante. Os comportamentos e atitudes dos enfermeiros durante a prestação de cuidados é percebido pela pessoa em situação crítica e pela sua família, e por isso, influenciam a sua compreensão da situação e conseqüentemente os seus sentimentos e emoções perante uma situação complexa (Clukey et al., 2014).

O distanciamento da família imposto pela pandemia através da restrição de visitas também era gerador de ansiedade tanto na pessoa em situação crítica como na sua família. Por forma a quebrar a barreira que se criava entre a pessoa, família e enfermeiro recorri com frequência ao telefone e à videochamada por tablet com a família da pessoa em situação crítica. As chamadas contribuíam para o desenvolvimento de relação terapêutica com a família, pois através destas esclarecia a família sobre a situação clínica da pessoa, dentro das minhas competências profissionais, e proporcionava momentos de comunicação e partilha de sentimentos entre a família e a pessoa em situação crítica, potenciando, de acordo com Kolcaba (2003), a promoção do conforto da pessoa no seu contexto sociocultural.

Estas situações promoveram o **desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família e desenvolvimento de habilidades na adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Por vezes o contacto telefónico com a família era intenso e repleto de um misto de sentimentos que geravam em mim emoções fortes. Relato uma situação que foi particularmente marcante que decorreu momentos antes de se proceder à IOT da pessoa em situação crítica devido ao agravamento da sua situação clínica motivado pela COVID-19.

A promoção do contato da pessoa com a família sabendo que poderia ser a última vez que estes iriam interagir entre si, foi para mim um momento gerador de tensão e emoções fortes que motivou a elaboração de um jornal de aprendizagem que objetivava refletir e analisar a situação vivenciada e definir estratégias que facilitassem

a gestão de sentimentos e emoções durante a prestação de cuidados de enfermagem. Considero que o cansaço, a pressão emocional e a situação pandémica que vivíamos dificultou a gestão de sentimentos perante determinadas situações. As experiências vivenciadas em tempo de pandemia permitiram construir estratégias individuais e em grupo possíveis de se recorrer em situações futuras.

O desenvolvimento de competências no âmbito da **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica** (Regulamento n.º 429/2018, 2018) foi uma constante ao longo do estágio, dando cumprimento aos seguintes objetivos traçados para este estágio: prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em especial à pessoa sob sedação, por forma a desenvolver competências especializadas na gestão da dor; aprofundar conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação da intensidade da dor na pessoa em situação crítica sob sedação; e aprofundar conhecimentos sobre intervenções farmacológicas e não farmacológicas para prevenção, controlo e alívio da dor.

A UCI onde realizei estágio dispunha de instrumentos de avaliação da dor válidos e fiáveis, quando aplicados junto da pessoa em situação crítica sob sedação. A avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação encontrava-se devidamente protocolada e era realizada com recurso à BPS, conforme defendido pela SPCI (2012). A avaliação da dor na pessoa em situação crítica com capacidade para realizar a sua autoavaliação era efetuada com recurso à escala numérica, conforme preconizado pela DGS (2003).

A avaliação da dor com recurso à BPS permitiu experienciar a identificação da presença de dor na pessoa em situação crítica sob sedação através da observação de comportamentos. A observação destes de acordo com o parametrizado pela escala BPS permitia avaliar a dor na pessoa em situação crítica antes, durante e após a implementação de uma intervenção de enfermagem, adequando a administração de analgesia em perfusão contínua ou em bólus às necessidades da pessoa.

O domínio que a enfermeira orientadora detinha sobre a avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação, com recurso à BPS, foi propício à transmissão de conhecimentos e ao desenvolvimento de competências especializadas, tendo sido também fundamental a leitura das normas de procedimentos instituídas e a procura da evidência científica que sustentasse as intervenções de enfermagem implementadas.

A adequada avaliação da dor permitia intervir no âmbito da **gestão de protocolos terapêuticos complexos relativos à administração de analgesia e sedativos** (Regulamento n.º 429/2018, 2018) de acordo com as reais necessidades da pessoa. Perante a presença de indicadores comportamentais sugestivos de dor procedia, com conhecimento da equipa médica, ao reajuste das perfusões de analgesia, bem como à administração de analgesia em bólus, tendo desenvolvido conhecimentos e habilidades na gestão de terapêutica analgésica.

A implementação de intervenções não-farmacológicas para alívio da dor como o posicionar e a massagem são promotoras do controlo da dor (Devlin et al., 2018; Gélinas, Arbour & Michaud, 2012), e por isso recorri a estas ações de enfermagem ao longo do estágio com vista à promoção do conforto da pessoa em situação crítica.

No decurso do estágio e sempre que avaliava a dor junto da pessoa procedia ao seu registo no sistema informático. A norma de procedimento instituída na unidade visava assegurar que o registo da dor fosse realizado pelo menos de oito em oito horas, sendo a frequência da avaliação superior na pessoa em situação crítica submetida a intervenção cirúrgica, ou seja de quatro em quatro horas. Segundo a DGS (2003), o registo da dor, regular e sistemático, assegura a continuidade de cuidados de enfermagem e promove a qualidade dos cuidados.

Os instrumentos de avaliação comportamental, quando corretamente implementados promovem a frequência da avaliação da dor numa UCI (Phillips, et al., 2019; Rose, et al., 2013) e ajudam os enfermeiros a distinguir comportamentos ambíguos que resultem de dor, agitação ou *delirium* (Haslam, et al., 2012).

Perante a pessoa em situação crítica sob sedação que se encontra ansiosa e agitada assegurei a implementação de intervenções especializadas em enfermagem através da priorização da avaliação e controlo da dor e posterior administração de sedativos indo assim de encontro ao constatado na evidência científica aquando da realização da RIL.

A avaliação do nível de sedação da pessoa em situação crítica com recurso ao instrumento RASS permitiu desenvolver habilidades dirigidas à gestão da administração de terapêutica sedativa, adequando a dose administrada às reais necessidades da pessoa.

Apesar da UCI onde realizei estágio deter os instrumentos adequados à avaliação da dor na pessoa em situação crítica constatei, após análise de auditoria externa realizada por enfermeiros peritos, entre o período de 2017 a 2020, que existia

necessidade de melhorar a prática clínica no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação indo de encontro ao objetivo traçado para este estágio: promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da adequada avaliação e consequente gestão diferenciada da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

A análise realizada à auditoria no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica tinha como objetivo identificar potenciais problemas referentes a esta temática e planear adequadamente a sua resolução, apresentando como foco essencial as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem. Segundo Santos, Costa & Carvalho (2014), a auditoria em enfermagem permite planear, executar, gerir e avaliar qualitativamente os cuidados de enfermagem prestados, sendo fundamental enquanto elemento orientador dos enfermeiros no exercício da sua profissão. Através da realização de auditorias é possível identificar oportunidade de melhoria na prática clínica e procurar soluções para os problemas identificados, promovendo a economia e a qualidade dos cuidados em saúde (Santos et. al., 2014).

O resultado da análise à auditoria externa revelou que a equipa de enfermagem avaliava a dor na pessoa em situação crítica de oito em oito horas, conforme protocolado nas normas da instituição, mas existia uma redução da incidência da reavaliação da dor após a implementação de uma intervenção de enfermagem farmacológica e/ou não-farmacológica.

Compreendi que os resultados destes dados se deviam fundamentalmente ao facto do sistema de registos de enfermagem *B Simple*, de forma automática, adicionar ao plano de trabalho de enfermagem a intervenção avaliar a dor, de 8 em 8 horas, enquanto sinal vital. No entanto, cabia ao enfermeiro responsável tomar a iniciativa de registar a reavaliação da dor após a implementação de uma intervenção de enfermagem, mas esta situação não se verificava na maioria dos registos de enfermagem auditados.

Os dados disponibilizados na auditoria dirigida à avaliação da dor não permitiam analisar objetivamente a adequação dos instrumentos de avaliação da dor à situação clínica da pessoa, no entanto, segundo relatos informais de elementos da equipa de enfermagem e realizada uma breve análise dos registos revelou-se inconformidades neste campo.

Perante a identificação da existência de uma potencial necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem considerei pertinente realizar um

questionário intitulado “Avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação”, com recurso ao *Google Forms*. Este questionário objetivava perceber qual a perspetiva dos enfermeiros acerca da avaliação da dor na pessoa em situação crítica com recurso a instrumentos de avaliação adequados à sua situação clínica.

As questões foram elaboradas com o intuito de obter uma resposta de carácter aberto, sendo o questionário constituído pelas seguintes perguntas: 1. Em que momento considera importante a avaliação da dor na pessoa em situação crítica?; 2. Que aspetos são importantes na seleção da escala de avaliação da dor na pessoa em situação crítica?; 3. Do seu ponto de vista a pessoa sob sedação tem dor?; 4. Qual o instrumento que utiliza para avaliar a dor na pessoa em situação crítica sob sedação e curarização? Que dificuldades sente nessa avaliação? 5. Considera que o sistema de registo de enfermagem atual responde às necessidades de avaliação da dor na pessoa em situação crítica?.

A minha iniciativa contou com a adesão de 47% da equipa de enfermagem, podendo inferir que a outra metade da equipa não procedeu ao preenchimento do questionário por este ser constituído por respostas abertas e exigir mais tempo na sua elaboração.

As respostas ao questionário também foram alvo de análise crítico-reflexiva, possibilitando retirar conclusões referentes às necessidades formativas da equipa de enfermagem no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica.

Conclui que seria pertinente disseminar conhecimentos científicos no contexto da prática de cuidados relativos aos momentos-chave de avaliação da dor na pessoa em situação crítica, incentivando ao seu registo na plataforma informática.

Para além disso constatei que seria pertinente informar a equipa de enfermagem acerca da importância de adequar a seleção dos instrumentos de avaliação da dor perante a pessoa em situação crítica. O questionário revelou que a equipa de enfermagem recorria à BPS independentemente da pessoa em situação crítica deter capacidade para autoavaliar a dor. O contrário também se constatou porque a BPS também era aplicada perante a pessoa em situação crítica sob sedação profunda e curarização, ou seja, perante a pessoa sem evidência de comportamentos observáveis, resultando numa avaliação da dor errónea.

Compreendi da análise realizada ao questionário e à auditoria que também seria pertinente a disseminação de conhecimento relativo a existência de outros

indicadores de presença de dor, como o BIS e o diâmetro pupilar, na pessoa em situação crítica sob sedação e curarização.

Concluída a minha análise importaria realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem tendo como objetivo disseminar os resultados da auditoria externa e do questionário, por forma a consciencializar a equipa para a necessidade de alterar práticas clínicas e melhorar a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da gestão da dor na pessoa em situação crítica sob sedação e curarização. Esta atividade visou conduzir ao atingir de outro objetivo traçado para este estágio: promover a formação contínua da equipa de enfermagem no âmbito da avaliação e gestão da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

No entanto, a realização de uma sessão de formação presencial não foi autorizada pela enfermeira-chefe devido às medidas implementadas na instituição dirigidas ao controlo da disseminação de infeção pelo vírus SARS-CoV-2. Pensei em implementar como estratégia a realização de formação com recurso a videoconferência, mas a mesma também não foi aceite pelo facto da enfermeira-chefe considerar que a equipa de enfermagem não iria aderir ao evento por se encontrar sob enorme pressão e extremo cansaço originado pela exigente e complexa prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com patologia associada ao vírus SARS-CoV-2.

Perante estas limitações elaborei um póster, com a devida autorização da enfermeira-chefe, onde expus os resultados da auditoria, do questionário e a evidência científica que os sustentasse tendo como finalidade promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na prática clínica contribuindo com ganhos em saúde para a pessoa em situação crítica e sua família.

A realização da análise à auditoria externa e ao questionário permitiu desenvolver competências dirigidas à **avaliação da qualidade da prática clínica** através da **integração de auditorias clínicas e da análise dos seus resultados**, bem como, no âmbito do **planeamento de programas de melhoria contínua** com recurso à **identificação de oportunidades de melhoria** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas atividades e a elaboração do póster permitiram ainda **responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho**, bem como por **atuar como formador** da equipa de enfermagem após o **diagnóstico das suas necessidades formativas** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O estágio realizado em contexto de UCI durante um período considerado crítico no que toca à saúde da população a nível nacional e internacional conduziu ao meu crescimento profissional, mas também a nível pessoal. As experiências vivenciadas permitiram desenvolver habilidades e conhecimentos no que toca à prestação de cuidados de enfermagem junto da pessoa em situação crítica e sua família em condições de extrema pressão, sofrimento e angústia.

A prestação de cuidados especializados em enfermagem em contexto pandémico permitiu-me constatar o crucial papel do enfermeiro especialista aquando da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família. O ambiente controlado que caracterizava uma UCI foi transformado pela pandemia. Por isso, foi-me exigido mais conhecimentos, habilidades e destreza num curto espaço de tempo e sob enorme pressão. Destas vivências surgiu o crescimento de uma profissional em busca de competências especializadas em enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica.

2.2. Estágio II – Serviço de Urgência (SU)

O estágio II decorreu num SU de tipologia médico-cirúrgica que disponibiliza atendimento permanente à pessoa adulta em diferentes valências com carácter urgente/emergente. Este SU articula-se com outros SU de tipologia polivalente e básico, bem como, com outras instituições de saúde de referência.

O SU, fruto da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, encontrava-se dividido em dois espaços físicos distintos, a urgência geral e a área dedicada para atendimento de doentes respiratórios que visava prestar cuidados urgentes/emergentes à pessoa com suspeita de infeção respiratória por SARS-CoV-2, respeitando a norma 004/2020 emitida pela DGS.

O SU geral, local onde decorreu o estágio, encontra-se estruturado em distintas áreas funcionais, nomeadamente a triagem, a área de azuis/verdes, a sala de emergência, a área médica, a área cirúrgica e a ortotraumatologia.

O meu percurso académico e profissional, até ao momento, não se tinha vindo a desenvolver num serviço de urgência pelo que se tornou fundamental conhecer a dinâmica organizacional e funcional do serviço. Entre outras atividades que realizei em busca de atingir este objetivo, saliento o facto de prestar cuidados à pessoa e sua família nas distintas áreas funcionais do SU, facilitando a identificação do percurso da

pessoa desde a sua admissão até à sua transferência/alta. No entanto, e considerando os objetivos traçados para o desenvolvimento de competências no âmbito do mestrado em enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica, o estágio decorreu maioritariamente na sala de emergência.

As experiências que vivenciei nas diferentes valências do SU foram facilitadoras do meu processo de desenvolvimento de competências, destacando o papel da enfermeira orientadora que pela sua vasta experiência e atuando como enfermeira chefe de equipa me transmitiu conhecimentos e potenciou a vivência de experiências que considero enriquecedoras do meu percurso de estágio.

No decorrer do estágio, participei na prestação de cuidados de enfermagem na triagem, não de forma autónoma, devido à especificidade desta intervenção e à experiência exigida, mas enquanto observadora crítico-reflexiva e participante ativa. O enfermeiro que assume a triagem deve apresentar uma vasta experiência e deter conhecimentos e competências específicas por forma a identificar precocemente problemas que coloquem em risco a saúde da pessoa, priorizando os cuidados em saúde. A enfermeira orientadora, enquanto chefe de equipa, assumia esta função e quando isto não acontecia era muitas vezes solicitada a sua ajuda e aconselhamento no momento de tomada de decisão relativo ao correto encaminhamento da pessoa no SU tendo como objetivo colmatar as reais necessidades em saúde da pessoa.

A vivência de experiências na triagem permitiu compreender de uma forma geral quais as principais motivações que levam a pessoa e família a recorrer ao SU, bem como o papel do enfermeiro na sua priorização e correto encaminhamento.

Constatai que são várias as motivações de admissão no SU que apresentam carácter pouco urgente ou não urgente, ou seja, é atribuída a cor verde/azul/branca de acordo com o protocolo de triagem de Manchester. A pessoa a quem é atribuída esta prioridade pode ser encaminhada, de forma voluntária, para os cuidados de saúde primários da área de residência, sendo da responsabilidade do enfermeiro informar a pessoa permitindo que esta tome uma decisão devidamente fundamentada.

Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), a pessoa tem direito a ser informada sobre os recursos que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) coloca à sua disposição, as alternativas de tratamento, bem como sobre as boas práticas de segurança implementadas pelas instituições.

A informação transmitida pelos enfermeiros e o devido encaminhamento da pessoa com necessidade de cuidados de carácter pouco urgente ou não urgente

permite solucionar o problema de saúde da pessoa de forma assertiva e gerir os recursos hospitalares (humanos e materiais) com o intuito de promover a qualidade dos cuidados em saúde prestados à população. Segundo o Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), a pessoa quando devidamente informada colabora ativamente na melhoria do desempenho e dos resultados da prestação de cuidados em saúde, ao mesmo tempo que gere individualmente as suas expectativas face aos cuidados prestados em determinada valência do SNS.

As experiências vivenciadas na triagem do SU permitiram constatar que a pessoa com necessidade em cuidados de saúde classificados como pouco urgentes ou não urgentes recusaram ser encaminhadas para outras valências do SNS, tendo permanecido na unidade hospitalar para avaliação da sua situação clínica.

Neste sentido importava sensibilizar a pessoa a cumprir as medidas de prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2 incentivando a manter o distanciamento social, a higienização das mãos, o adequado uso de máscara cirúrgica, bem como a cumprir a etiqueta respiratória, indo de encontro ao estipulado pela DGS através da norma n.º 007/2020. A implementação desta intervenção permitiu desenvolver competências especializadas no âmbito da **prevenção e controlo da infeção** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No momento de triagem também colaborei com a enfermeira orientadora no âmbito da identificação inequívoca da pessoa. Esta intervenção é iniciada pela assistente técnica, no entanto, compete ao enfermeiro responsável pela triagem questionar a pessoa acerca do seu nome completo e a data de nascimento, para que esta confirme a sua identificação. A impressão da etiqueta identificativa e a sua colocação no pulso dominante da pessoa é da responsabilidade do enfermeiro, sendo esta intervenção fundamental na identificação segura da pessoa durante a sua permanência na instituição de saúde, permitindo minimizar situações de risco (DGS, 2011).

A avaliação do risco de queda da pessoa também é realizada no momento da triagem, sendo esta intervenção adotada com o objetivo de prevenir as quedas. A sua prevenção é possível através da avaliação e monitorização do risco de ocorrência de quedas, permitindo desta forma promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa e reduzir os custos para a população e para o SNS (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Na triagem, identificada a pessoa com “Alto risco de queda” procedia à colocação de pulseira que sinalizava este risco e geria os recursos materiais

procurando disponibilizar, sempre que possível, uma maca que assegurasse a elevação das grades e o travão das rodas.

As experiências anteriormente descritas permitiram desenvolver competências especializadas em enfermagem no âmbito da **melhoria contínua da qualidade** através da **prestação de cuidados garantindo a manutenção de um ambiente seguro** e através da **mobilização de conhecimentos e habilidades** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Para além destas foram desenvolvidas competências de gestão através da **adequação dos recursos às necessidades de cuidados** tendo como intuito a garantia da sua qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A participação na transmissão de informação à pessoa, integrando-a no processo de cuidados e dando-lhe a possibilidade de tomada de decisão livre e esclarecida permitiu desenvolver competências especializadas tanto no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal através da **promoção da proteção dos direitos humanos** (Regulamento n.º 140/2019, 2019), como no âmbito da **gestão da comunicação interpessoal** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A minha observação participativa na prestação de cuidados de enfermagem na triagem permitiu compreender o motivo pelo qual esta área de cuidados era distribuída ao enfermeiro mais experiente. Constatei que a perícia e o conhecimento teórico-científico é essencial na prestação de cuidados de enfermagem aquando da admissão da pessoa, especialmente da pessoa em situação crítica.

Destaco um momento em que me encontrava com a enfermeira orientadora na triagem e deu entrada no SU uma senhora com queixas de visão turva, astenia, tonturas e sensação de lipotimia, sem perda de consciência, desde o dia anterior. Aquando da sua avaliação inicial constato que esta apresentava-se hipertensa e bradicárdica pelo que a enfermeira orientadora procedeu ao pedido imediato de eletrocardiograma de 12 derivações, tendo a pessoa em situação crítica sido encaminhada para junto do técnico responsável pela realização do exame complementar de diagnóstico. A realização deste exame confirma a presença de uma bradidisritmia pelo que a pessoa em situação crítica deu entrada de imediato na sala de emergência, onde pude continuar a assegurar a prestação de cuidados de enfermagem em conjunto com a restante equipa multidisciplinar.

A vivência desta experiência permitiu refletir sobre a diferenciação de cuidados prestados pelo enfermeiro perito na área da pessoa em situação crítica aquando da sua admissão no SU. O primeiro contacto com a pessoa é estabelecido pelo

profissional que realiza a triagem, que na realidade portuguesa é um enfermeiro, com formação específica e que contribui para a assistência em saúde promovida à pessoa e sua família no momento em que recorre ao serviço de urgência (Grupo Português de Triagem, 2002). Os conhecimentos e a experiência que este detem permitem identificar focos de instabilidade e antecipar a resolução de problemas que podem colocar a pessoa em situação crítica em risco, acentuando a diferenciação nos cuidados prestados por um mestre e especialista na área da pessoa em situação crítica.

Estas e outras experiências vivenciadas aquando da admissão da pessoa em situação crítica na triagem permitiu desenvolver competências no âmbito da **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**, bem como no domínio da **gestão de protocolos terapêuticos complexos** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ao longo do estágio experienciei outras situações que permitiram desenvolver competências de enfermagem neste domínio, nomeadamente aquando da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica admitida na sala de emergência indo de encontro ao objetivo de estágio por mim delineado, desenvolver competências de enfermagem na abordagem urgente ou emergente à pessoa em situação crítica.

A prestação de cuidados em contexto de sala de emergência revelou-se um verdadeiro desafio devido à imprevisibilidade que se encontra associada ao ambiente deste contexto. Esta experiência exigiu que desenvolvesse capacidade de gestão de emoções na abordagem à pessoa em situação crítica com necessidade de cuidados emergentes, tendo potenciado o meu crescimento profissional e pessoal. O que no início do estágio se revelava um desafio veio a dissolver-se com o seu desenrolar, facilitando o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

A evolução no sentido ascendente deveu-se tanto à minha determinação pessoal em vencer este obstáculo como à integração promovida pela enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem.

A leitura de protocolos e normas de serviço, a consulta de evidência científica que alicerçasse a minha prestação de cuidados de enfermagem, a avaliação da pessoa em situação crítica segundo a metodologia ABCDE e a partilha de conhecimentos e experiências com a enfermeira orientadora também foram essenciais ao desenrolar deste estágio.

A adaptação ao ambiente físico, organizacional e estrutural da sala de emergência permitiu que prestasse cuidados de enfermagem com maior agilidade e determinação conforme é exigido numa situação emergente. A integração ao espaço físico da sala de emergência foi conseguida através da verificação diária das unidades de cuidados. Esta observação também apresentava o intuito de assegurar uma eficaz e eficiente prestação de cuidados à pessoa em situação crítica procurando evitar constrangimentos que aumentassem o tempo de resposta em cuidados de saúde.

No início de cada turno procedia à verificação da disponibilidade do material armazenado nas gavetas das unidades que se encontravam organizadas de acordo com a metodologia ABC; repunha o material que se encontrava em falta; procedia à realização de testes aos ventiladores existentes em cada unidade, bem como ao desfibrilhador do carro de emergência; verificava a integridade do selo do carro de emergência, da mala de transporte intra e inter-hospitalar e da mala de abordagem à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC). As malas de transporte também foram por mim verificadas em dia pré-estabelecido conforme protocolo da instituição.

Considero que estas atividades foram promotoras de segurança e de desenvolvimento de conhecimentos técnico-práticos essenciais à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica numa situação urgente e/ou emergente. A manipulação dos equipamentos médicos e a familiarização com o material existente nas gavetas das unidades de cuidados facilitou o meu processo de desenvolvimento de competências de enfermagem ao longo do estágio e conseqüentemente permitiu que centrasse a minha atenção na pessoa e sua família.

O contexto pandémico vivido durante a realização do estágio acentuou a importância que deve ser atribuída à proteção individual dos enfermeiros durante a prestação de cuidados de enfermagem, bem como ao recurso adequado e racional do equipamento de proteção individual. Apesar do estágio ter decorrido no SU geral existia o risco de contactar com a pessoa em situação crítica positiva para SARS-CoV-2. No entanto, a pessoa em situação crítica admitida na sala de emergência necessitava de cuidados de enfermagem imediatos, não sendo uma prioridade a realização de teste *Polimerase Chain Reaction* (PCR) para despiste de COVID-19. Estes testes eram por mim realizados, mas após a implementação de cuidados de enfermagem com vista à estabilização hemodinâmica da pessoa e promoção do seu conforto.

Posto isto, aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, para além da higienização das mãos, recorri à utilização de equipamento de proteção individual (mascara, touca, bata impermeável, luvas, botas e proteção ocular), garantindo as devidas condições de segurança regulamentadas pela DGS através da norma 007/2020. Deste modo para além de desenvolver competências dirigidas ao **cuidar da pessoa em situação de emergência e exceção**, promovi a **prevenção e controlo de infeção** enquanto competência profissional, tanto a nível hospitalar como comunitário.

Os cuidados prestados pelos enfermeiros exigem proximidade física com a pessoa, estando por isso sujeitos a um risco de infeção acrescida (Martins, 2001). A transmissão de infeção pode transpor o ambiente hospitalar sendo os enfermeiros um possível meio de disseminação de agentes infecciosos para a comunidade (Martins, 2001). O recurso adequado do equipamento de proteção individual garante a segurança tanto dos profissionais de saúde como da pessoa, família e comunidade em que se encontram inseridos (Martins, 2001).

A pandemia fez-me refletir acerca dos riscos que corro derivados da minha atividade profissional. Por isso, enquanto enfermeira e futura mestre estive ciente dos riscos a que me expunha e tinha o dever de me proteger para concomitantemente proteger o outro tanto no contexto laboral como social. Esta premissa deve ir além do contexto pandémico atual, porque este agente infeccioso não é único, mas foi de facto impulsionador de aprendizagens que devem ser implementadas continuamente na prática profissional.

O desenvolvimento de competências e habilidades não se resumiram às descritas. Na sala de emergência foi admitida, ao longo do estágio, a pessoa em situação crítica e sua família com uma vasta necessidade de cuidados complexos e diferenciados. No entanto, considero que a intervenção junto da pessoa em situação crítica com presença de disritmias e AVC em fase aguda contribuiu significativamente para o meu percurso de desenvolvimento de competências.

A prestação de cuidados à pessoa com presença de disritmias foi constante ao longo do estágio, sendo este um dos motivos mais frequentes de admissão na sala de emergência desta instituição de saúde.

A avaliação inicial da pessoa em situação crítica com presença de disritmia foi realizada pela sequência ABCDE com o intuito de identificar diagnósticos de

enfermagem que necessitem de intervenção imediata, priorizando estas de acordo com o potencial risco de vida suscitado pela patologia ou lesão grave.

Numa situação de disritmia compreendi que o meu foco de atenção e o meu planeamento de cuidados era essencial aquando da abordagem da Circulação (C) devido à importância atribuída à monitorização e avaliação do traçado cardíaco, pressão arterial e frequência cardíaca. Neste sentido e consciente que necessitava de desenvolver conhecimentos relativos à análise de traçado eletrocardiográfico por forma a identificar alterações ao seu padrão normal e prevenir futuras complicações, participei na formação, via *e-learning*, intitulada “Análise de Eletrocardiograma para enfermeiros, com a duração de 3 horas. O certificado de participação pode ser consultado no anexo IV.

A participação nesta formação permitiu desenvolver conhecimentos dirigidos à leitura do traçado eletrocardiográfico e aos sinais e sintomas sugestivos de uma complicação, potenciando uma tomada de decisão fundamentada durante a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Deste modo foram desenvolvidas competências dirigidas ao **suporte da prática clínica especializada em evidência científica** e foram **mobilizados conhecimentos e habilidades com o intuito de garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O desenvolvimento destas competências promove a aprendizagem, de um modo auto-orientado e autónomo, conforme o exigido ao mestre em enfermagem (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

A identificação de um foco de instabilidade exigiu a subsequente implementação de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. A minha prestação de cuidados à pessoa com disritmia incidiu, para além da avaliação, na monitorização contínua da pessoa em situação crítica e na administração de terapêutica de acordo com a prescrição médica. A administração desta exigia um controlo rigoroso dos indicadores fisiológicos e se necessário, um novo contacto com a equipa médica para reajuste dos mesmos. Estas experiências foram essenciais ao meu processo de desenvolvimento de competências no âmbito da **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica**, bem como, na **garantia da administração de protocolos terapêuticos complexos** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Realço mais uma vez a situação de cuidados descrita anteriormente, a qual teve início aquando da minha permanência na triagem e que também dizia respeito à

pessoa em situação crítica com presença de disritmia. Recordo que a pessoa em situação crítica após realização de eletrocardiograma de 12 derivações deu entrada na sala de emergência onde prestei cuidados de enfermagem que foram de encontro à estabilização dos parâmetros fisiológicos, incluído também a vigilância do ritmo cardíaco. No entanto, esta experiência permitiu desenvolver competências além das já referidas.

A pessoa em situação crítica tinha sido admitida na triagem juntamente com a sua filha, que pedi para aguardar na sala de espera. Ao longo da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica expliquei os procedimentos a adotar e o motivo da realização do mesmo, no entanto, compreendi que a sua preocupação incidia exatamente no facto da sua filha estar a aguardar na sala de espera, e isso levava-a a referir que estava bem e não precisava de ficar internada na instituição.

Perante este relato e estando asseguradas as devidas condições de segurança, chamei a filha da pessoa em situação crítica à sala de emergência, onde comecei por informar acerca da atual situação da sua mãe, bem como da necessidade de esta ficar internada para vigilância e colocação de pacemaker provisório. A filha questionou-me sobre a técnica que iria ser executada, tendo-lhe explicado que iria pedir à equipa médica que lhe fizesse os ensinamentos sobre a mesma. No entanto, aproveitei o momento para lhe dizer como iria encontrar a mãe e que as intervenções que tinham sido implementadas permitiam uma maior vigilância sobre a mesma.

Esclarecidas todas as dúvidas colocadas pela filha da pessoa em situação crítica encaminhei-a para junto da sua mãe e dei-lhe privacidade para que pudessem conversar. Aproveitei este momento para solicitar a colaboração da equipa médica no que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas relativas à técnica de colocação de pacemaker.

Esclarecidas todas as dúvidas e terminada a visita à pessoa em situação crítica, a familiar saiu da sala de emergência, agradecendo a minha intervenção. A pessoa em situação crítica também ficou mais calma e recetiva ao internamento na instituição. A continuidade da conversa ao longo da prestação de cuidados permitiu compreender o porquê da ansiedade da pessoa em situação crítica querer ir para casa. Tudo se prendia com o facto de não querer dar trabalho à filha e a permanência em sua casa conseguia evitar este tipo de transtornos na vida familiar.

Esta experiência permitiu desenvolver **competências comunicacionais e relacionais** junto da pessoa em situação crítica e sua família, pois para além de

intervenções autônomas e interdependentes desenvolvidas junto da pessoa em situação crítica com vista à melhoria objetiva dos seus parâmetros fisiológicos, não foi esquecida a pessoa enquanto ser único e individual que se encontrava perante mim. Além disso, a filha foi inserida na prestação de cuidados e informada tanto da situação atual da pessoa como do planeamento de cuidados de saúde.

Segundo Riley (2004), a comunicação assertiva e responsável com a pessoa, sua família, e com a equipa multidisciplinar transmitem à pessoa/família o sentimento de estar a ser cuidado. A comunicação é um processo facilitador do desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Os enfermeiros recorrendo à comunicação podem interpretar os conhecimentos, os sentimentos, os pensamentos e os possíveis problemas das pessoas e seus familiares. A comunicação com estes elementos permite obter informações necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem. (Selimen & Andsoy, 2011)

Destaca-se nesta situação, o trabalho realizado em equipa envolvendo diferentes elementos multidisciplinares, onde cada um interveio dentro das suas competências. Quando transmitia informações à filha, fi-lo sempre dentro das minhas competências profissionais e quando as suas questões envolviam a presença de outro elemento da equipa, promovi a referenciação e estabelecimento da comunicação entre a familiar e a equipa médica. Desta forma, proporcionei segurança e tranquilidade tanto à familiar como à pessoa em situação crítica. A relação, primeiramente estabelecida por mim e pelo familiar, estendeu-se à equipa médica, assegurando a transmissão de informação segura e eficaz, promovendo o estabelecimento de um triângulo terapêutico, mesmo em contexto de pandemia e num serviço de urgência tantas vezes caracterizado como confuso e impessoal.

Para além das competências desenvolvidas no domínio da **comunicação interpessoal** e do **estabelecimento de uma relação terapêutica**, revejo nesta situação o desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal através do **reconhecimento das minhas competências dentro da minha área de especialidade**, mas também através da **garantia do respeito da pessoa à escolha dos cuidados especializados que lhe são prestados** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Para além destas também se revelou nesta experiência o desenvolvimento de competências dirigidas à promoção do

respeito pelo direito da pessoa e família no acesso à informação (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A experiência relatada potenciou a aprendizagem tanto a um nível teórico como prático, considerando-a um momento significativo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Este fator tornou esta experiência motivadora da realização de um jornal de aprendizagem onde pude analisar criticamente a minha intervenção na prática clínica, por forma a integrar as habilidades e competências desenvolvidas. A reflexão sobre a prática também permitiu elencar aspetos que estariam sujeitos a melhoria das minhas habilidades profissionais e pessoais, construindo desta forma o meu próprio conhecimento, indo assim ao encontro das competências exigidas ao mestre em enfermagem.

O estágio desenvolvido no SU foi motivador da minha aprendizagem no que se refere à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com AVC em fase aguda, nomeadamente no âmbito do protocolo de emergência designado por Via Verde AVC. A vivências destas experiências, tal como se compreenderá, promoveu o desenvolvimento de competências no âmbito da **prestação de cuidados à pessoa em situação emergente** e na **gestão de protocolos terapêuticos complexos**.

A Via Verde AVC visa promover o acesso em tempo oportuno aos cuidados de saúde da pessoa com presença de sinais de alarme para esta patologia. Segundo Powers et al. (2018), a Via Verde intra-hospitalar encontra-se alicerçada num conjunto de procedimentos, realizados após a admissão da pessoa no serviço de urgência, e têm como principal objetivo a avaliação e a realização de exames laboratoriais e imagiológicos que possibilitem o estabelecimento de um diagnóstico e a instituição de tratamento trombólítico, se indicado.

A minha intervenção junto da pessoa em situação crítica com AVC em fase aguda compreendeu a avaliação inicial da pessoa recorrendo à colheita de dados junto da mesma, da família e dos bombeiros, bem como através do acesso ao processo clínico informatizado. Importou ainda rever a hora e circunstâncias do início dos sintomas. A avaliação da pessoa em situação crítica também foi realizada de acordo com a sequência ABCDE e procedi à avaliação dos défices neurológicos através da *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). Terminada a avaliação inicial acompanhei a transferência da pessoa em situação crítica para o serviço de imagiologia com o intuito desta realizar Tomografia Axial Computadorizada (TAC) Crânio Encefálica e angio TAC.

A avaliação realizada por toda a equipa multidisciplinar indicou que a pessoa em situação crítica apresentava critérios de elegibilidade para a realização de trombólise endovenosa, pelo que foi da minha responsabilidade a preparação e sua administração. No decurso desta importou intervir no intuito de prevenir complicações associadas à administração da terapêutica, bem como proceder à vigilância do estado neurológico com recurso ao NIHSS. A contínua avaliação e monitorização da pessoa em situação crítica permitiu transferi-la em segurança para a UCI, após término da terapêutica trombólítica, por forma a promover a continuidade dos cuidados em saúde.

O enfermeiro, integrado na equipa multidisciplinar, desempenha um papel fundamental na adequada implementação da Via Verde AVC no SU, constatando-se isto desde o momento que a pessoa é admitida até à sua transferência para uma unidade diferenciada. A abordagem da pessoa enquanto ser único e individual, bem como a integração da família no plano de cuidados, caracteriza o cuidar em enfermagem e distingue-o no seio da equipa multidisciplinar.

A abordagem da pessoa com AVC em fase aguda implica uma avaliação rápida, mas concisa. Percebe-se que esta abordagem requer experiência, habilidade e destreza que só é conseguida com a prática profissional e com a integração da evidência científica no planeamento de cuidados de enfermagem. Por este motivo foi fundamental a realização de um estudo de caso que permitiu integrar a prática com a evidência científica, proporcionando uma profunda compreensão da situação vivenciada e conseqüente desenvolvimento de competências técnicas, humanas e relacionais fundamentais à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica e sua família.

A vivência de experiências dirigidas à avaliação da dor na pessoa em situação crítica foi constante ao longo do estágio. Apesar de não ter tido oportunidade de contactar, no SU, com a pessoa em situação crítica sob sedação, o desenvolvimento de competências no âmbito da **gestão diferenciada da dor na pessoa em situação crítica** foi alvo da minha atenção durante o planeamento de cuidados de enfermagem.

A presença de dor é um dos principais motivos que conduz a pessoa a procurar cuidados de saúde no SU (Souza, Chianca & Diniz, 2012). A instituição onde realizei estágio não difere desta realidade constatando-se que a dor torácica, a dor lombar e a dor abdominal são consideradas como os motivos mais frequentes de admissão neste SU (Silva, 2017).

O fenómeno da dor na pessoa em situação crítica foi uma realidade que experienciei em várias situações de prestação de cuidados de enfermagem e por isso facilitaram o atingir de um dos objetivos a que me propus para este estágio: prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica por forma a desenvolver competências especializadas na gestão da dor.

No momento de admissão da pessoa em situação crítica na sala de emergência procedia à sua avaliação inicial, inclusive à avaliação da dor, com recurso à escala que melhor se adequava à sua situação clínica. Perante a pessoa que apresentava capacidade de autoavaliar a dor recorria à escala numérica para quantificar a dor da pessoa em situação crítica, conforme defendido pela DGS (2003).

O registo da intensidade da dor era realizado com recurso ao sistema informático *Sclic* que disponibilizava para além da escala numérica, a escala visual analógica, a escala de faces e a escala qualitativa. Considero que o sistema informático promovia o registo adequado da dor, devido a este integrá-la enquanto sinal vital, conforme determinado pela DGS em 2003. O registo dos sinais vitais era, a meu ver, acessível, rápido e intuitivo. A caracterização da dor quanto à sua localização, tipologia, duração, irradiação e sinais e sintomas associados eram possíveis de registar através do levantamento da intervenção de enfermagem “Vigiar a dor”.

A procura pelo controlar a dor da pessoa em situação crítica era realizada com recurso a implementação de intervenções de enfermagem farmacológicas e não farmacológicas. A administração de terapêutica analgésica era realizada de acordo com prescrição médica pelo que aquando da minha avaliação era identificada a presença de dor na pessoa em situação crítica, informava a equipa médica que prescrevia a terapêutica, após discussão em equipa das características da dor e das intervenções anteriormente implementadas. No entanto, recorri com frequência à implementação de intervenções não farmacológicas, sendo as mais frequentes a otimização do posicionamento da pessoa e a massagem.

O alívio e controlo da dor promove o conforto da pessoa no seu contexto físico, de acordo com Kolcaba (2003). No entanto, outras intervenções de enfermagem foram por mim implementadas com vista à promoção do conforto da pessoa em situação crítica. Saliento o ajuste dos alarmes do monitor como forma de promover um ambiente calmo e tranquilo. Presenciei o medo e a ansiedade da pessoa em situação crítica devido a alteração súbita da sua condição de saúde que era agravado pelos

alarmes dos monitores. Esta intervenção associada à transmissão de informação sobre a sua situação de saúde diminuía o medo e a ansiedade da pessoa em situação crítica, proporcionando-lhe conforto no seu contexto ambiental e psicoespiritual.

A promoção do aquecimento da pessoa ou arrefecimento, de acordo com a necessidade identificada também foram intervenções implementadas com vista à promoção do conforto da pessoa no seu contexto ambiental.

Para além desta, e como têm vindo a ser referido ao longo deste trabalho, a integração da família da pessoa em situação crítica no processo de cuidados também foi por mim tida em consideração ao longo do estágio, porque deste modo e de acordo com Kolcaba (2003), promovia o conforto da pessoa e da sua família no seu contexto sociocultural.

A avaliação das necessidades da pessoa do ponto de vista holístico permitiu proporcionar o conforto a que esta tem direito, não só do conforto físico, através do alívio e controlo da dor, mas também nos restantes contextos (ambiental, psicoespiritual e sociocultural) que complementam a pessoa e a integram enquanto ser humano único e individual.

No que à avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação diz respeito, durante o estágio no SU não tive oportunidade de vivenciar experiências que me colocassem perante a pessoa sob sedação com presença de dor. No entanto, analisei e refleti sobre as intervenções de enfermagem e as dificuldades com que me depararia caso fosse necessário intervir no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica impossibilitada de a autoavaliar.

Constatedei que o sistema informático *Sclinic* não integra uma escala de avaliação comportamental e em conversa informal com a enfermeira orientadora e a equipa de enfermagem constato que estes não detêm conhecimento acerca da existência das mesmas e sua adequada implementação.

Identificada a necessidade de intervir no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem do SU junto da pessoa em situação crítica sob sedação, questioneei a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora acerca da possibilidade de realizar uma sessão de formação *online* que promovesse a aquisição de novos conhecimentos e habilidades no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

A proposta de formação foi aceite pela enfermeira chefe e orientadora pelo que foi realizada uma sessão de formação que objetivava consciencializar a equipa de

enfermagem sobre a importância da avaliação da dor na pessoa em situação crítica. O conteúdo que a integrou pode ser consultado no apêndice II.

A sessão de formação contou com a presença de seis elementos, uma percentagem pequena face ao número total de elementos desta equipa. Considero que a pequena percentagem de elementos presentes está relacionada com o facto desta sessão ser realizada via *e-learning*. No entanto, a sua realização em contexto de estágio estava condicionada às regras impostas pela instituição no que diz respeito à contenção de infeção pelo vírus SARS-CoV-2.

Por forma a atingir o objetivo proposto para esta sessão, criei um *link* com acesso à sessão de formação e ao conteúdo da mesma que foi difundido, pela enfermeira orientadora, a todos os elementos da equipa de enfermagem. A disponibilização da sessão de formação por este meio permitia o acesso à informação que a integrava sempre que os enfermeiros sentissem essa necessidade.

Assim, durante este estágio no SU, considero que foram desenvolvidas competências dirigidas à **responsabilização por ser facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho**, através da minha **atuação enquanto formadora da equipa de enfermagem**, após o **diagnóstico das necessidades formativas** desta equipa (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A implementação destas ações permitiu consciencializar a equipa de enfermagem sobre práticas de cuidados de qualidade, no âmbito da avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa que recorre a este SU e que por se encontrar sob sedação está impossibilitada de autoavaliar a dor.

O estágio realizado no SU permitiu o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem. No entanto, também foi facilitador no processo de desmistificação do medo que associava à prestação de cuidados num ambiente pouco controlado como o do SU. Considero que isto se deve essencialmente ao facto do SU ter deixado de ser um contexto para mim desconhecido, mas também ao desenvolvimento de habilidades e conhecimentos promovidos pela realização deste estágio. Atualmente, e enquanto profissional de enfermagem, prestei, esporadicamente, cuidados de enfermagem neste contexto, tendo-me sentido integrada na sua dinâmica e habilitada à prestação de cuidados de enfermagem urgente/emergentes.

CONCLUSÃO

O percurso de desenvolvimento de competências sobre o qual refleti ao longo deste relatório apresenta uma data de termo definida no calendário, no entanto, este percurso apresenta-se como contínuo no tempo. O seu termo não é o agora, e talvez nunca venha a ter fim.

A prestação de cuidados de enfermagem sustentada na evidência científica fidedigna requer a procura constante por novos saberes, saberes estes que conjugados com as competências desenvolvidas e em *continuum* desenvolvimento sustentarão a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

Certo será referir que o iniciar deste percurso e a reflexão constante sobre o mesmo me redefiniu enquanto pessoa e profissional. Os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas ao longo do mestrado permitiu definir um novo “eu” e hoje sei que não sou igual a ontem, mas também estou certa de que o amanhã me trará mais experiência, conhecimentos e competências. O término deste percurso será o início de uma nova etapa, com novos objetivos a definir e novas intervenções a implementar com vista a prestar cuidados de enfermagem diferenciados e com a qualidade que a pessoa em situação crítica, família e comunidade tem direito.

A reflexão sobre as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio foi o alicerce para o meu desenvolvimento de competências. O pensamento crítico-reflexivo sobre os cuidados prestados permitiu a consolidação de boas práticas mas também permitiu identificar oportunidades de melhoria aquando da prestação de cuidados de enfermagem.

A implementação de intervenções de enfermagem e a reflexão sobre as mesmas tendo como sustentação teórica a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba permitiu que ao longo deste percurso sustentasse as minhas ações indo ao encontro das necessidades de conforto da pessoa em situação crítica enquanto ser individual.

A avaliação constante dos resultados das intervenções implementadas permitiu entender quais os cuidados de enfermagem que melhor se adequam à pessoa em situação crítica, personalizando o plano de cuidados à sua individualidade.

A avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação é uma intervenção essencial e que deve ser implementada no plano de cuidados de enfermagem. As experiências vivenciadas ao longo do estágio permitiram desenvolver competências de enfermagem no âmbito desta temática, mas também foram

potenciadoras da minha reflexão sobre a perspetiva que a equipa de enfermagem tem sobre a avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

A avaliação da dor, realizada pela equipa de enfermagem, à pessoa em situação crítica sob sedação é uma intervenção a qual é dada especial atenção. No entanto, ainda necessita de melhoria na sua atuação, especialmente no que diz respeito à reavaliação da dor após a implementação de uma intervenção promotora do seu alívio e controlo, ao seu registo sistemático e à adequação dos instrumentos de avaliação de acordo com a pessoa em situação crítica a quem se presta cuidados.

A consciencialização da equipa de enfermagem para estes fatores é essencial à promoção da qualidade dos cuidados em enfermagem, tendo ao longo do estágio potenciado esta reflexão junto das equipas. A sua formação é uma intervenção que requer muito tempo e espaço, contudo, o início do processo deve incidir sobre a consciencialização dos enfermeiros para a importância da implementação de uma intervenção autónoma de enfermagem que se diferencia como sendo uma boa prática de cuidados e que se reflete na pessoa em situação crítica em ganhos em saúde.

A minha intervenção possivelmente não será mais do que uma gota no mar, mas estou certa de que a mensagem que disseminei no decurso destes estágios, a longo prazo, fará a diferença na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Enquanto futura mestre e especialista na área pessoa em situação crítica tudo farei para continuar a disseminar os conhecimentos adquiridos, bem como outros que venha a desenvolver, tendo como finalidade major a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem. As habilidades apreendidas nos contextos de estágio permitiram absorver diferentes dinâmicas de cuidados e integrá-las enquanto promotoras de boas práticas em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Darwish, Z., Hamdi, R., Fallatah, S. (2016). Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Advanced Critical Care*. 27 (2), 162-172.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association (7ª ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Association of Anesthesiologists [ASA]. (2019). Continuum of Depth of Sedation: Definition of General Anesthesia and Levels of Sedation/Analgesia. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedationanalgesia>.
- Antonello, C. S. (2006). Aprendizagem na ação revisitada e sua relação com a noção de competência. *Comportamento organizacional e gestão*, 12(2), 199-220. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/cog/v12n2/v12n2a05.pdf>
- Apóstolo, J. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência-Revista de Enfermagem*, II (9), 61–67.
- Ashkenazy, S. & DeKeyser-Ganz, F. (2011). Assessment of the reliability and validity of the Comfort Scale for adult intensive care patients. *Heart & Lung*, 40, 44–51. DOI:10.1016/j.hrtlng.2009.12.011
- Batalha, L. (2016). Avaliação da Dor. Manual de Estudo (Versão 1). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Batalha, L. M.C., Figueiredo, A. M., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, Série III(9), 7-16. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach (2ª Ed., Vol. 3). Estados Unidos da América: Springer publishing company.

- Boterf G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3ªEd.). Porto alegre: Artmed.
- Canário, R. (2000). *Educação de adultos: Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Carvalho, P. & Ramos, A. (2013). O brotar da inteligência Emocional no mundo da Supervisão clínica em enfermagem: um caminho a desbravar... *Sinais Vitais*, 5-11.
- Chanques, G., Pohlman, A., Kress, J. P., Molinari, N., Jong, A., Jaber, S. & Hall, J. B. (2014). Psychometric comparison of three behavioural scales for the assessment of pain in critically ill patients unable to self-report. *Critical Care*, 18(160), 1-12. Disponível em: <http://ccforum.com/content/18/5/R160>.
- Chanques, G., Payen, J., Mercier, G., Lattre, S., Viel, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*, 35, 2060-2070.
- Chapman, C. & Gavrin, J. (1999). Suffering: the contributions of persistente pain. *The Lancet*, 353(9171), 2233-2237.
- Clukey, L., Weyant, R. A., Roberts, M. & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 221-222. Doi: 10.4037/ajcc2014943.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://www.dropbox.com/s/ica9c35x3blbahl/cipe_2015.pdf?dl%3D1&hl=en
- D'Arcy, Y. & Knippa, S. (2019). Pain, sedation, and neuromuscular blockade management. In S. Burns & S. Delgado (4ª ed.), *AACN Essentials of critical care nursing* (pp. 163 – 188). New York: McGraw-Hill Education.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). *Diário da República, Série I, n.º 157/2018, 4147 – 4182*. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

- DeSantana, J., Perissinotti, D., Junior, J., Correia, L., Oliveira, C. & Fonseca, P. (2020). Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. *Revisão de Narrativa*. 1-8
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Diário da República, Série II, n.º 28, 3882-(2)- 3882-(10). ELI: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., ... & Balas, M. C. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), 825-873.
- Direção-Geral da Saúde. (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa No 09/DGCGA-Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação No 018/2011 Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma 004/2020 COVID-19 Fase de Mitigação. Abordagem do Doente com Suspeita ou Infeção por SARS-CoV-2. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma 007/2020 Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dowd, T., Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Using cognitive strategies to enhance bladder control and Comfort. *Holistic Nursing Practice*, 14(2), 91-103. DOI:10.1097/00004650-200001000-00013
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2019). Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização. Lisboa: ESEL.

- European Pain Federation (2017). Structured Cooperation of Health Care Systems. In Societal Impact of Pain 2017 Recommendations. Malta. 8-9/junho/2017. Acedido a 27-05-2021. Disponível em: <https://www.sip-platform.eu/sip-platform/achievements/sip-2017>
- Ferrel, B. & Coyle, N. (2008). The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), 241-247.
- Gélinas, C. (2018). Pain and pain management. In L. Urden, K. Stacy, & M. Lough, *Critical Care Nursing: diagnosis and management (8ª ed.)* (pp.114-136). St. Louis: Elsevier.
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L. & Côtê, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307-318. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x.
- Gélinas, C., Tousignant-Laflamme, Y., Tanguay, A. & Bourgault, P. (2010). Exploring the validity of the bispectral index, the Critical-Care Pain Observation Tool and vital signs for the detection of pain in sedated and mechanically ventilated critically ill adults: a pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 46-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.002>
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K., Viens, C. & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15, 420–427.
- Godinho, N. (2020). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências e Citações. Lisboa: ESEL.
- Groves, N. & Tobin, A. (2007). High flow nasal oxygen generates positive airway pressure in adult volunteers. *Australian Critical Care*, 20(4), 126-131. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731407001099?via%3Dihub>.
- Grupo Português de Triagem (2002). Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando.
- Haslam, L., Dale, C. Knechtel, L. & Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1082–1089. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x
- Herr, K., Coyne, P., McCaffery, M., Manworren, R. & Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical

practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12(4), 230-250.
DOI:10.1016/j.pmn.2011.10.002

Hoy, S.M. & Keating, G.M. (2011). Dexmetomidine: A review of its use for sedation in mechanically ventilated patients in an intensive care setting and for procedural sedation. *Drugs*, 71(11), 1481-501. Doi:10.2165/11207190-000000000-00000

International Association for the Study of Pain (IASP, 2010). *Declaration of Montréal: declaration that access to pain management is a fundamental human right*.
Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Advocacy/Content.aspx?ItemNumber=1821>.

International Association for the Study of Pain. (IASP, 2011). Principles of Emergency Department Pain Management for Patients with Acutely Painful Medical Conditions. Disponível em: <https://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/en/8-Emergency-EN.pdf>

International Association for the Study of Pain (IASP, 2018). *Right to pain relief: the relief of pain should be a human right*. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/RighttoPainRelief>.

Kahn, D. & Steeves, R. (1986). The experience of the suffering: conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advance Nursing*, 11(6), 623-631.

Kenaszchuk, C., MacMillan, K., Soeren, M. & Reeves, S. (2011). Interprofessional simulated learning: short-term associations between simulation and interprofessional collaboration. *BioMed Central Medicine*, 9(29), 1-10.
Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1741-7015-9-29.pdf>.

Kolcaba, K. (1992). Holistic Comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome, *Advances in Nursing Science*. 15, 1-10. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/21635629_Holistic_comfort_operationalizing_the_construct_as_a_nurse-sensitive_outcome

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19(6),1178-1184.

Kolcaba, K. (2001). The confort line (Online). Disponível em: www.uakron.edu/confort.

Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Empirical Evidence for the Nature of Holistic Confort. *Journal of Holistic Nursing*. 18(1). 46-62. DOI: 10.1177/089801010001800106

- Kolcaba K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydłowski, L. Maciej Żukowski, M. & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 49 (1), 66–72
- Latorre-Marco, I., Solís-Munoz, M., Acevedo-Nuevo, M., Hernández-Sánchez, M., López-López, C., Hernández-Sánchez, M., ... & Pozas-Abril, J. (2015). Validation of the Behavioural Indicators of Pain Scale ESCID for pain assessment in non-communicative and mechanically ventilated critically ill patients: a research protocol. *JAM – Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*. 205-216
- Li, D., Miaskowski, C., Burkhardt, D. & Puntillo, K. (2009). Evaluations of physiologic reactivity and reflexive behaviors during noxious procedures in sedated critically ill patients. *Journal of Critical Care*, 24(472), 9-13. DOI:10.1016/j.jcrc.2008.07.005
- Linde, S. M., Badger, J. M., Machan, J. T., Beaudry, J., Brucker, A., Martin, K., Opaluch-Bushy, N. B. & Roy, R.D. (2013). Reevaluation of the critical care pain observation tool in intubated adults after cardiac surgery. *American journal of critical care*, 22(6), 491-497. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2013700>
- Lopes, J. M. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Porto: Permanyer Portugal. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Fisiopatologia_da_Dor.pdf
- Marques, M. (2009). *O fenómeno da dor numa unidade de cuidados intensivos (Dissertação de mestrado não publicada)*. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/136>.
- Martins, M. (2001). *Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª Ed.). Rio de Janeiro: Medsi.
- McCaffery, M. (1968). *Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions*. Los Angeles: University of California at Los Angeles Students' Store.
- Metzger, C., Muller, A. Schwetta, M. & Walter, C. (2002) *Cuidados de Enfermagem e Dor* (M. Martins, Trad.). Loures: Lusociência
- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. (1ª ed., Série I). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20-09-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Orlando, L. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. (9ª Ed.). New York: Putnam.
- Payen, J., Bru, O., Bosson, J., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioural pain scale. *Critical Care Medicine*, 29, 2258–2263.
- Pasero, C. & McCaffery, M. (2011). *Pain assesement and pharmacologic management*. St. Louis: Mosby.
- Paulus, J., Roquilly, A., Beloeil, H. Théraud, J., Asehnoune, K. & Lejus, C. (2013). Pupillary reflex measurement predicts insufficient analgesia before endotracheal suctioning in critically ill patients. *Critical Care*, 17:161, 1-8.
- Phillips, M. L., Kuruvilla, V., Bailey, M. (2019). Implementation of the Critical Care Pain Observation Tool increases the frequency of pain assessment for noncommunicative ICU patients. *Australian Critical Care*, 32, 367-372. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.08.007>
- Ponte, K. M. D. A., & Silva, L. D. F. (2015). Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 7(2), 2603- 2614. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614>
- Pudas-Tähkä, S. M. & Sanna Salanterä, S. (2018). Reliability of three linguistically and culturally validated pain assessment tools for sedated ICU patients by ICU nurses in Finland. *Scandinavian Journal of Pain - De Gruyter*, 18(2), 165-173. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/sjpain-2017-0139>
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica., *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359-19370.

- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2018). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), 46–110. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista., *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750.
- Rijkenberg, S., Stilma, W., Bosman, R. J., Meer, N. J., Voort, P. H. (2017). Pain measurement in mechanically ventilated patients after cardiac surgery: comparison of the Behavioral Pain Scale (BPS) and the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 31, 1227-1234. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053077017302768?via%3Dihub>
- Riley, J. B. (2004). Comunicação em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Santos, T., Costa, A., Carvalho, L., Faria, A. & Martino, M. (2014). Auditoria em enfermagem: desafios e competências profissionais. *Revista de Enfermagem UFPE onlin*, 8(2), 3581-3586. DOI: 10.5205/reuol.4597-37683-1-ED.0810supl201401
- Schelling, G., Richter, M. & Roozendaal, B. (2003). Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Critical Care Medicine*, 31(7), 1971–1980. Doi: 10.1097/01.CCM.0000069512.10544.40.
- Selimen, D., & Andsoy, I. I. (2011). The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period. *AORN Journal*, 93(4), 482–490.
- Silva, M. O. F. (2017). Avaliação e registo da dor no serviço de urgência: que realidade? (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=cGPROzDW>
- Skrobik, Y. (2008). Pain may be inevitable; inadequate management is not. *Critical Care*, 12(142). DOI:10.1186/cc6865

- Smith, L., Amella, E., Edlund, B. & Mueller, M. (2014). A dimensional analysis of the concept of suffering in people with dementia at end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(5), 263-270.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido em: 18-09-2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.
- Sun, Q., Qiu, H., Huang, M. & Yang, Y. (2020). Lower mortality of COVID-19 by early recognition and intervention: experience from Jiangsu Province. *Annals Intensive Care*, 10(33), 1-4. Disponível em: <https://annalsofintensivecare.springeropen.com/track/pdf/10.1186/s13613-020-00650-2.pdf>.
- Souza, C. C., Chianca, L. M., Diniz, A. S., & Chianca, T. C. (2012). Main complaints of emergency patients according to the Manchester protocol for risk classification. *Journal of Nursing UFPE online*, 6(3), 540-548. DOI:10.5205/reuol.2163-16218-1- LE.0603201207
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M., Benoliel, R., (...) Wang, S.J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *PAIN*, 160(1), 19-27. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
- Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37, 1575-1587. DOI: 10.1007/s00134-011-2300-7.

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de Revisão Integrativa da Literatura

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SOB SEDAÇÃO: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM – UM PROTOCOLO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1. Informação dos autores

Os autores do protocolo de Revisão Integrativa da literatura são:

Marta Margarida Vicente Montez – Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – martamontez@campus.esel.pt

Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques - Professora Doutora orientadora do projeto de estágio na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – eunice.henriques@esel.pt

2. Resumo

Background: A autoavaliação da dor é o melhor meio de identificar a presença de dor na pessoa, devido ao carácter subjetivo deste sinal vital. No entanto, a avaliação da dor é dificultada quando a pessoa se encontra sob sedação devido a esta induzir incapacidade em relatar o nível de dor. Nesta situação deve-se recorrer à avaliação da dor com recurso a instrumentos adequados e validados como as escalas de avaliação comportamental.

Objetivo: Identificar, analisar criticamente e sintetizar a evidência científica disponível relativa as intervenções de enfermagem na avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação

Metodologia: A pesquisa ocorreu na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Inicialmente foram definidos os termos de pesquisa em linguagem natural tendo como intuito identificar os termos indexado referentes a cada base de dados.

Discussão: A discussão dos resultados será elaborada em forma de narrativa.

Palavras-Chave: pain, pain assessment, pain management, behavioural scales, critically ill patient, nursing interventions

3. Introdução/fundamentação

O conceito de dor é definido pela *International Association for the Study of Pain* como uma "experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (...)" (*International Association for the Study of Pain citado por DeSantana et al., 2020, p. 1*).

A pessoa em situação crítica encontra-se sujeita a inúmeros fatores geradores de dor que podem derivar da patologia subjacente, procedimento cirúrgico, trauma, presença de feridas e/ou úlceras de pressão, queimaduras, imobilização prolongada, procedimentos invasivos e/ou de diagnóstico e, por último, das intervenções de enfermagem. A dor é experienciada por cerca de 30% das pessoas em situação crítica em repouso, e em 50% durante a realização de intervenções de enfermagem. (Devlin et al., 2018; Al Darwish, Hamdi & Fallatah, 2016; Vilela & Ferreira, 2006; Latorre-Marco et al., 2015; Koffis, Zegan-Barańska & Szydłowski, 2017).

O fenómeno de dor inadequadamente controlado ou tratado pode desencadear ansiedade, delírio, distúrbios do sono, alterações da coagulação, imunossupressão, hipermetabolismo e disfunção da função cardiovascular, neurológica e pulmonar (Devlin et al., 2018; Al Darwish, et al., 2016; Vilela & Ferreira, 2006; Latorre-Marco et al., 2015).

A avaliação da dor com recurso a instrumentos fiáveis e validados são fulcrais durante a prestação de cuidados de enfermagem, pois é através destes instrumentos que a avaliação da dor se concretiza de forma objetiva e de acordo com o identificado pela própria pessoa. A auto-avaliação da dor revela-se o meio mais eficaz na identificação da sua intensidade, devido ao carácter subjetivo da dor, no entanto só deve ser implementada na pessoa que se encontra consciente e orientada (Direção-Geral de Saúde, 2003).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2012), a dor na pessoa em situação crítica sob sedação deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos, com recurso a escalas comportamentais, tendo como objetivo promover o conforto da pessoa através da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com base na evidência científica surge este protocolo de revisão integrativa da literatura que foi elaborado indo de encontro ao preconizado por Mendes, Silveira & Galvão (2008).

4. Temática, objetivo e questão da revisão

A revisão integrativa da literatura inicia-se pela apresentação da temática em estudo, a definição dos objetivos específicos da revisão e a elaboração da questão de investigação.

O tema do protocolo de revisão integrativa da literatura elaborado apresenta como título “Avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação: intervenção especializada de enfermagem – um protocolo de revisão integrativa da literatura”. O objetivo deste protocolo é identificar, analisar criticamente e sintetizar a evidência científica disponível relativa as intervenções de enfermagem na avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação.

No que diz respeito à questão orientadora desta revisão esta foi formulada segundo a estratégia da mnemónica PICO que representa a População, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (resultados) e apresenta-se da seguinte forma: Qual a intervenção especializada de enfermagem na avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob sedação?

Nesta questão a população é a pessoa em situação crítica sob sedação, a intervenção é a avaliação da dor e os *outcomes* (resultados) é a intervenção especializada de enfermagem. No que diz respeito à comparação, esta encontra-se implícita na pergunta e será definida enquanto critério de inclusão.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão e exclusão são definidos em consonância com a temática em estudo, o objetivo definido e a questão de investigação formulada. Os critérios de inclusão e exclusão definem claramente a população, a intervenção e os *outcomes* (resultados) por forma a obter os resultados pretendidos, sendo apresentados seguidamente no quadro 1.

A pesquisa realizada incide sobre qualquer tipo de bibliografia, tendo como intuito identificar e analisar amplamente todo o tipo de fontes de informação disponíveis permitindo desta forma incluir um vasto conhecimento acerca da problemática em estudo. A bibliografia incluída neste protocolo incide sobre todas as fontes de informação que apresentem o texto integral disponível, publicadas a partir do ano 2010, inclusive.

Por último, no que se refere ao idioma, a pesquisa é realizada em língua inglesa e inclui evidência científica publicada em português e inglês.

Quadro1 – Critérios de inclusão e exclusão

	Critérios de inclusão
População	Adulto (todos); Pessoa a vivenciar uma situação crítica; Pessoa impossibilitadas de autoavaliar a dor devido a alteração do estado de consciência motivado pela sedação;
Intervenção	Estudos que abordem a heteroavaliação da dor com recurso a indicadores comportamentais e/ou fisiológicos.
Comparação	Comparação entre diferentes estudos sobre a abordagem da dor e as intervenções de enfermagem implementadas.
Outcomes (resultados)	Serão considerados estudos que abordem as intervenções de enfermagem na avaliação e gestão da dor que visem garantir o conforto da pessoa e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.
Critérios de Exclusão	
Pessoa consciente e orientada que autoavalia a dor; Artigos sem texto integral disponível; Artigos com data de publicação anterior ao ano 2010; Evidencia científica publicada em qualquer outro idioma que não a língua portuguesa ou inglesa.	

6. Estratégia de pesquisa

A pesquisa realizada no âmbito deste protocolo de revisão decorre no espaço temporal de setembro de 2020 a novembro de 2020. A pesquisa foi desenvolvida em bases de dados relevantes para o tema em apreciação - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Inicialmente foram definidos os termos de pesquisa em linguagem natural tendo como intuito identificar os termos indexado referentes a cada

base de dados. No quadro 2, estão representados os termos de pesquisa em linguagem natural e os seus correspondentes em linguagem indexada para cada uma das bases de dados consultada.

De seguida, procedeu-se à interseção dos termos de pesquisa através dos operadores booleanos “AND” e “OR”, resultando num total de 16 artigos, sendo que 8 artigos correspondem à pesquisa efetuada na base de dados CINAHL e 8 artigos correspondem à pesquisa efetuada na base de dados MEDLINE.

Quadro 2 – Termos de pesquisa em linguagem natural e indexada referente a cada base de dados

	Linguagem Natural	Linguagem indexada	
		CINAHL	Medline
População Pessoa em situação crítica sob sedação	critical patient	Critically Ill Patients	Critical Illness
	critic* ICU patients		Critical Care
	sedation	Sedation	Conscious Sedation
	sedative	Conscious Sedation	Deep Sedation
	sedat*	Hypnotics and Sedatives Sedatives, Barbiturate Sedatives, Nonbarbiturate	Hypnotics and Sedatives
Intervenção Avaliação da dor	pain	Pain	Pain
	pain assessment	Pain Measurement Pain Management	Pain Measurement Pain Management
	pain evaluation	Acute Pain Control (Saba CCC)	Acute Pain
	pain monitoring	Acute Pain (Saba CCC)	

	pain management		
	pain assessment tools		
Outcomes (resultado) Intervenção de enfermagem	nursing intervention	Nursing Interventions Saba Clinical Care Nursing Interventions Nursing Skills Nurse Attitudes Emergency Nursing Nursing Outcomes Nursing Care Plans Nursing Role Nursing Practice Critical Care Nursing	Nurse's Role Nursing Assessment Specialties, Nursing Nursing, Practical Nursing Care Nurse Specialists Nurse Practitioners Emergency Nursing Critical Care Nursing

7. Seleção e extração dos Resultados

O processo de revisão segue-se pela eliminação dos artigos duplicados e pela seleção dos artigos de acordo com a questão de investigação e com os critérios de inclusão e exclusão.

A análise dos artigos compreende inicialmente a leitura dos títulos e resumos que cumprem os critérios de inclusão e exclusão obtendo-se o número total de artigos para análise de texto integral para elegibilidade. Este processo será apresentado sob a forma de diagrama.

A extração e síntese da informação presente nos estudos selecionados será apresentada com recurso a um quadro por forma a sintetizar as principais conclusões. O quadro elaborado para extração dos resultados é constituído pelo título, ano e autor

do artigo, bem como pela metodologia empregada, os objetivos definidos, os resultados, as principais conclusões e eventuais limitações/recomendações conforme apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Extração dos resultados

Ano			
Título			
Autor			
Metodologia	Objetivos	Resultados/Conclusões	Limitações/Recomendações

8. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados é fundamentada pela avaliação crítica dos estudos anteriormente selecionados e analisados e será elaborada em forma de narrativa.

Nesta etapa procurarei comparar os resultados da análise crítica dos artigos com o conhecimento teórico por forma a identificar intervenções especializadas de enfermagem que visem garantir o conforto da pessoa em situação crítica sob sedação através da adequada avaliação da dor. Também será possível mencionar possíveis temáticas que carecem de pesquisa aprofundada e direcionada para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al Darwish, Z., Hamdi, R., Fallatah, S. (2016). Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Advanced Critical Care*. 27 (2), 162-172
- DeSantana, J., Perissinotti, D., Junior, J., Correia, L., Oliveira, C. & Fonseca, P. (2020). Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. *Revisão de Narrativa*. 1-8
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., ... & Balas, M. C. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825-e873.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa No 09/DGCGA-Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em: 18-09-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szydłowski, L. Maciej Żukowski, M. & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 49 (1), 66–72
- Latorre-Marco, I., Solís-Munoz, M., Acevedo-Nuevo, M., Hernández-Sánchez, M., López-López, C., Hernández-Sánchez, M., ... & Pozas-Abril, J. (2015). Validation of the Behavioural Indicators of Pain Scale ESCID for pain assessment in non-communicative and mechanically ventilated critically ill patients: a research protocol. *JAM – Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*. 205-216
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto e Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. doi:10.1590/S0104-07072008000400018
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido em: 18-09-2020. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf

Vilela, H. & Ferreira, D. (2006). Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos Cardíacos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 25 (1), 89-98

Apêndice II – Sessão formação “Avaliação da dor na pessoa em situação crítica”

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Marta Margarida Vicente Montez

Tutor: Professora Doutora Eunice Henriques

março de 2021

Objetivo Geral

Consciencializar a equipa de enfermagem sobre a importância da avaliação da dor na pessoa em situação crítica.

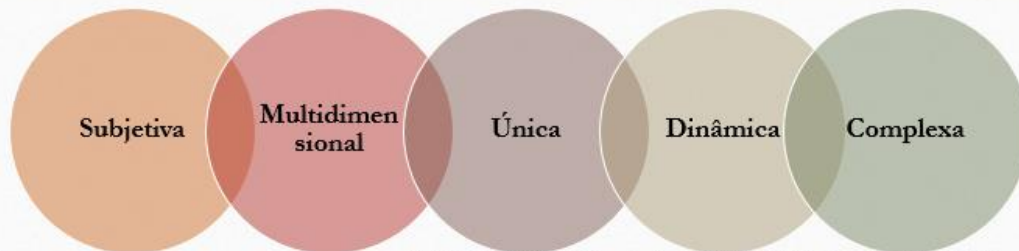
Objetivos Específicos

- Disseminar o conhecimento científico relativo aos instrumentos de avaliação da dor adequados à pessoa em situação crítica;
- Promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na avaliação da dor na pessoa em situação crítica;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com dor;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da adequada avaliação da dor na pessoa em situação crítica;

DOR

“experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (...)”

International Association for the Study of Pain citado por DeSantana et al., 2020, p. 1



(Keck, 1996; McCaffery et al., 1999; OE, 2008; Devlin et al., 2018)



Ministério da Saúde

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

“A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma **contínua** e **regular**, à semelhança dos sinais vitais, de modo a optimizar a terapêutica, dar **segurança** à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a **qualidade de vida** do doente.”



Direcção-Geral da Saúde (2003); Ordem dos Enfermeiros (2008)



- A intensidade da dor mais registada que outros sinais vitais;
- Escassos registos das características da dor, sendo as mais documentadas a “intensidade”, a “localização” e a “implementação e eficácia de medidas farmacológicas”;
- Reduzido registo do número de reavaliações da dor após a implementação de medidas farmacológicas;
- Reduzida evidência documental da adoção de medidas não farmacológicas;
- Ausência de registos de reavaliação da dor após intervenções não farmacológicas.

Avaliação da Dor

- ✓ Privilegiar a auto-avaliação da dor na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas;
- ✓ Avaliar a dor desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e após a implementação de uma intervenção farmacológica e não farmacológica;
- ✓ Colher dados sobre a história de dor;
- ✓ Escolher o instrumento de avaliação de dor mais adequado para à situação da pessoa;
- ✓ A escala utilizada, para uma determinada pessoa, deve ser sempre a mesma, desde que se mantenha adaptada à situação da pessoa.
- ✓ Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de autoavaliação:
- ✓ Assegurar a compreensão das escalas de auto-avaliação pela pessoa e família, após ensino;

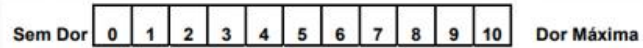
(Ordem dos Enfermeiros, 2008; DGS, 2001; DGS, 2003; Batalha, 2005)

Instrumentos de Autoavaliação da Dor

Escala Visual Analógica (EVA)



Escala Numérica



Escala de Faces



Escala Qualitativa

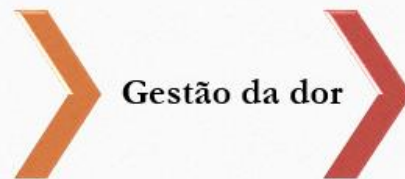


(DGS, 2003)

Equipa de enfermagem:
conhecimento Inadequado



Pessoa: impossibilidade
Autoavaliar a dor



Gestão da dor

Qualidade
dos
Cuidados de
Enfermagem

(Devlin et al., 2018; Al Darwish, et al., 2016; Vilela & Ferreira, 2006; Latorre-Marco et al., 2015; Barr et al., 2013; Ferreira, et al., 2014; Kotfis et al., 2017; Gélinas et al, 2010; Chukey, et al., 2014; Souza et al., 2013; SPCI, 2012)

Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica



Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU

**Behavioural Pain Scale
(BPS)**

**Critical-Care Pain
Observation Tool
(CPOT)**

Devlin et al., 2018

Behavioural Pain Scale (BPS)

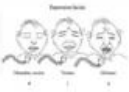
- Avaliação de 3 indicadores (expressão facial/ movimento dos membros superiores/ adaptação ao ventilador);
- Indicador categorizado em 4 descrições de comportamento (pontuação 1 ausência de dor e pontuação 4 máximo de dor);
- Pontuação total varia entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima);
- Tempo estimado de preenchimento situa-se entre os 2 a 5 minutos;
- Não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. (Paven et al., 2001)

INDICADOR	ITEM	PONTUAÇÃO	
EXPRESSÃO FACIAL	RELAXADA	1	
	PARCIALMENTE CONTRAÍDA = SOBRANCELHAS FRANZIDAS	2	
	COMPLETAMENTE CONTRAÍDA = PÁLPEBRAS FECHADAS	3	
	CARETA = ESGAR FACIAL	4	
MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIORES (EM REPOUSO; VERIFIQUE O TONUS MUSCULAR)	SEM MOVIMENTO	1	
	PARCIALMENTE FLETIDOS	2	
	MUITO FLETIDOS COM FLEXÃO DOS DEDOS	3	
	RETRAÍDO, RESISTÊNCIA AOS CUIDADOS	4	
ADAPTAÇÃO AO VENTILADOR	TOLERA A VENTILAÇÃO	1	
	TOSSIU MAS TOLERA A VENTILAÇÃO A MAIOR PARTE DO TEMPO	2	
	LUTA CONTRA O VENTILADOR MAS A VENTILAÇÃO AINDA É POSSÍVEL ALGUMAS VEZES	3	
	INCAPAZ DE CONTROLAR A VENTILAÇÃO	4	

VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BPS - IP

Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

- Avaliação da dor à pessoa com ou sem IOT;
- Avaliação de 4 indicadores comportamentais (expressão facial/movimentos corporais/tensão muscular/ adaptação ao ventilador ou vocalização);
- Indicadores são categorizados em 4 descrições de comportamento (pontuação 0 ausência de dor e pontuação de 2 máximo de dor);
- Pontuação total varia entre 0 (ausência de dor) a 8 (dor máxima).

Indicator	Score	Description
 Caroline Arden, RN, B.Sc., PhD(candidate) School of Nursing, McGill University	Relaxed, neutral	0 No muscle tension observed
	Tense	1 Presence of frowning, brow lowering, orbital tightening and levator contraction or any other change (e.g. opening eyes or tearing during anesthetic procedures)
	Grimacing	2 All previous facial movements plus eyelid tightly closed (the patient may present with mouth open or being the endotracheal tube)
Body movements	Absence of movements or normal position	0 Does not move at all (doesn't necessarily mean absence of pain) or normal position (movements not aimed toward the pain site or not made for the purpose of protection)
	Protection	1 Slow, cautious movements, touching or rubbing the pain site, seeking attention through movements
	Restlessness/Agitation	2 Pulling tube, attempting to sit up, moving limbs/thrashing, not following commands, striking at staff, trying to climb out of bed
Compliance with the ventilator (intubated patients)	Tolerating ventilator or movement	0 Alarms not activated, easy ventilation
	Coughing but tolerating	1 Coughing, alarms may be activated but stop spontaneously
	Fighting ventilator	2 Apnoeic/brachy: blocking ventilation, alarms frequently activated
OR Vocalization (stratified patients)	Talking in normal tone or no sound	0 Talking in normal tone or no sound
	Sighing, moaning	1 Sighing, moaning
	Crying out, sobbing	2 Crying out, sobbing
Muscle tension Evaluation by passive flexion and extension of upper limbs when patient is at rest or evaluation when patient is being turned	Relaxed	0 No resistance to passive movements
	Tense, rigid	1 Resistance to passive movements
	Very tense or rigid	2 Strong resistance to passive movements or incapacity to complete them
TOTAL		— / 8

Gélinas et al, 2006

Avaliação da Dor na Pessoa em Situação Crítica

DE GRUYTER

Scand J Pain 2018; sop

Clinical pain research

Sanna-Mari Pudas-Tähkä* and Sanna Salanterä

Reliability of three linguistically and culturally validated pain assessment tools for sedated ICU patients by ICU nurses in Finland

<https://doi.org/10.35151/sjpain-2017-0139>

Received September 26, 2017; revised January 28, 2018; accepted January 30, 2018

BPS

CPOT

Nonverbal Adult Pain Assessment Scale (NVPS)

Pudas-Tähkä & Salanterä, 2018

Nonverbal Adult Pain Assessment Scale (NVPS)

Categories	0	1	2
Face	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de esgar facial, lacrimejar, sobrancelhas franzidas, testa franzida	Presença frequente de esgar facial, lacrimejar, sobrancelhas franzidas, testa franzida
Atividade (Movimento)	Deitado calmamente, posição normal	Procura atenção através de movimentos ou movimentos lentos e cuidadosos	Agitado, atividade excessiva e/ou reflexos de retirada
Comportamento protetor	Deitado calmamente, não posiciona as mãos sobre nenhuma zona do corpo	Imobilização de áreas do corpo, tenso	Rígido, tenso
Fisiológico I (Pressão Arterial Sistólica e Frequência Cardíaca)	Sinais vitais estáveis (sem alterações nas últimas 4 horas)	Alterações nas últimas 4 horas num destes aspetos: *PAS > 20 mm Hg *FC > 20/minuto	Alterações nas últimas 4 horas num destes aspetos: *PAS > 30 mm Hg *FC > 25/minuto
Valor de referência da PAS (), FC ()			
Fisiológico II (Frequência Respiratória ou SpO ₂)	Valores iniciais de FR/SpO ₂	FR > 10 acima do valor inicial, ou 5% ↓SpO ₂	FR > 20 acima do valor inicial, ou 10% ↓SpO ₂
Valor de referência da FR (), SpO ₂ ()	Adaptação ao ventilador	Assincronia moderada com o ventilador	Assincronia grave com o ventilador

(Wegman, 2005; Batalha et al., 2010)

Limitações escalas comportamentais

- Administração de elevadas doses de terapêutica sedativa (Escala de Sedação de Agitação de Richmond [RASS] ≤ -4) e/ou sob bloqueadores neuromusculares;
- Pessoa com patologia do foro neuromuscular.
- Limitada à avaliação da dor aguda;
- Subjetividade inerente à heteroavaliação da dor.

Gélinas, et al., 2010; Devlin et al., 2018

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Bibliografia

- Al Darwish, Z., Hamdi, R., Fallatah, S. (2016). Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Advanced Critical Care*, 27 (2), 162-172.
- Barr J., Fraser G.L., Puntillo K., Ely E.W., Gelinas C., Dasta J.F., Davidson J.E.,... & Devlin J.W. (2013) Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 41(1), 263–306. Doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72.
- Batalha, L. M. C. (2005). As dificuldades na quantificação exacta da dor. *Serviço*, 53(4), 166-174.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 7-16.
- Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*, 13(6), 288-297.
- Clukey L., Wevart, R. A., Roberts, M. & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 221-222. Doi: 10.4037/ajcc2014943.
- DeSantana, J., Perissinotti, D., Junior, J., Correia, L., Oliveira, C. & Fonseca, P. (2020). Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. *Revisão de Narrativa*. 1-8

Bibliografia

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., ... & Balas, M. C. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), 825-873.

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa No 09/DGCGA-Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

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

Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C. & Fortier, M. (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*. 15(4), 420-7.

Gélinas, C., Tousignant-Laflamme, Y., Tanguay, A. & Bourgault, P. (2010). Exploring the validity of the bispectral index, the Critical-Care Pain Observation Tool and vital signs for the detection of pain in sedated and mechanically ventilated critically ill adults: A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27, 46-52.

Hora, T. C. & Alves, I.G. (2020). Escalas para a avaliação da dor na unidade de terapia intensiva. Revisão sistemática. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 3(3), 263-74. Doi: 10.5935/2595-0118.20200043

Bibliografia

Keck, J., Gerkensmeyer, J., Joyce, B., Schade, J. (1996). Reliability and validity of the faces and word descriptor scales to measure procedural pain. *Journal Pediatric Nursing*, 11(6), 368-374.

Kotfis, K., Zegan-Barańska, M., Szrdłowski, L. Maciej Żukowski, M. & Ely, E. W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49 (1), 66–72

Latorre-Marco, I., Solís-Munoz, M., Acevedo-Nuevo, M., Hernández-Sánchez, M., López-López, C., Hernández-Sánchez, M., ... & Pozas-Abril, J. (2015). Validation of the Behavioural Indicators of Pain Scale ESCID for pain assessment in non-communicative and mechanically ventilated critically ill patients: a research protocol. *JAM – Informing Practice and Policy Worldwide through Research and Scholarship*, 205-216

Mccaffery, M., Pasero, C. (1999). Pain: clinical manual (2ª ed.). St. Louis: Mosby.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor - Guia orientador de boa prática. Cadernos OE. (1ª ed., Série I). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paulus, J., Roquilly, A., Beloeil, H., Théraud, J., Asehnoune, K., & Lejus, C. (2013). Pupillary reflex measurement predicts insufficient analgesia before endotracheal suctioning in critically ill patients. *Critical Care*, 17(4), R161. doi: 10.1186/ cc12840

Paren, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P. & Jacquot, C. (2001) Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*. 29(12), 2258-2263.

Bibliografia

Pudas-Tahkã, S. M. & Salanterã, S. (2018). Reliability of three linguistically and culturally validated pain assessment tools for sedated ICU patients by ICU nurses in Finland. *Scandinavian Association for the Study of Pain*. 1-9.

Puntillo, K. A., Miaskowski, C., Kehrl, K., Stannard, D., Gleeson, S. & Nye, P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*. 25(7), 1159-1166.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). Resultados - Plano nacional de avaliação da dor. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido em: 18-09-2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf

Souza, R. C., Garcia, D. M., Sanches, M. B., Gallo, A. M., Martins, C. P. & Siqueira, I. V. (2013). Nursing team knowledge on behavioral assessment of pain in critical care patients. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(3), 55-63.

Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., Ingersoll, G. (2003). Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions Critical Care Nursing*. 22, 260-267.

Wegman, D. A. (2005). Tool for pain assessment. *Critical Care Nurse*. 25, 14-15.

Vilela, H. & Ferreira, D. (2006). Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos Cardíacos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 25 (1), 89-98.



10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização da Pessoa

em Situação Crítica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Discussão

Santarém, março de 2021

ANEXOS

Anexo I - Versão portuguesa da Behavioral Pain Scale (BPS)

Item	Descrição	Pontuação
EXPRESSÃO FACIAL	Relaxado.	1
	Parcialmente tenso (por exemplo descair as sobrancelhas).	2
	Completamente tenso (por exemplo fechar os olhos).	3
	Fazer caretas.	4
MOVIMENTO DOS MEMBROS SUPERIORES	Não apresenta movimento.	1
	Parcialmente dobrado.	2
	Completamente dobrado com flexão dos dedos.	3
	Permanentemente retraído.	4
CONFORMIDADE COM A VENTILAÇÃO MECÂNICA	Tolera o movimento.	1
	Tosse mas tolera a ventilação durante a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador.	3
	Não consegue controlar a ventilação.	4
TOTAL da Escala de Avaliação do Comportamento da Dor (3 a 12)		

Fonte: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/136>.

Anexo II – Versão portuguesa da Behavioral Pain Assessement Scale (BPAS)

Item	Descrição	Pontuação
FACE	Músculos faciais relaxados.	0
	Tensão dos músculos faciais, franzimento das sobrancelhas, expressão de caretas.	1
	Franzimento frequente a constante das sobrancelhas, maxilares cerrados.	2
INQUIETUDE	Sossegado, aparência relaxada, movimento normal.	0
	Movimentos ocasionalmente inquietos, posição variável.	1
	Movimentos de inquietude frequentes que podem incluir as extremidades ou a cabeça.	2
TÓNUS MUSCULAR	Tónus muscular normal. Relaxado.	0
	Aumento do tónus, flexão dos dedos das mãos e dos pés.	1
	Tónus muscular rígido.	2
VOCALIZAÇÃO	Não emite sons anormais.	0
	Queixumes ocasionais, choro, lamúrias ou grunhidos.	1
	Queixumes, choro, lamúrias ou grunhidos frequentes ou contínuos.	2
CONSOLABILIDADE	Satisfeito e relaxado.	0
	Reconfortado pelo toque ou pela fala. Facilmente distraído.	1
	Difícil de reconfortar pelo tacto ou pela fala.	2
TOTAL da Escala de Avaliação do Comportamento da Dor (0 a 10)		

Fonte: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/136>.

Anexo III - Versão portuguesa da Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Item	Descrição	Pontuação
EXPRESSÃO FACIAL	Não se observa tensão muscular – Relaxado.	0
	Presença de franzimento/descaimento das sobrancelhas, tensão da órbita e contração do músculo orbicular – Tenso.	1
	Todos os movimentos faciais referidos acima e ainda as pálpebras fortemente fechadas – A fazer caretas.	2
MOVIMENTOS DO CORPO	Não há movimento (não significa necessariamente ausência de dor).	0
	Movimentos cautelosos e lentos; toca ou esfrega o local da dor, procura chamar a atenção através de movimentos – Protecção.	1
	Tira o tubo, senta-se, mexe os membros/bate, não segue as ordens, atinge o pessoal, tenta saltar da cama – Inquieto.	2
TENSÃO MUSCULAR	Não apresenta resistência aos movimentos passivos – Relaxado.	0
	Resiste a movimentos passivos – Tenso.	1
	Forte resistência aos movimentos passivos, incapacidade para completá-los – Muito tenso ou rígido.	2
TELÉRÂNCIA AO VENTILADOR (doentes entubados) OU	Os alarmes não são activados, ventilação fácil – Tolerar o ventilador.	0
	O alarme pára espontaneamente – Tosse mas tolera o ventilador.	1
	Assincronia: bloqueia a ventilação, alarmes frequentemente activados – Luta contra o ventilador.	2
VOCALIZAÇÃO (doentes extubados)	Fala num tom normal ou não emite som.	0
	Suspira, lamenta-se.	1
	Chora e soluça.	2
TOTAL da Escala Observação da Dor (0 -8)		

Fonte: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/136>.

Anexo IV – Certificado de participação na formação “Análise de Eletrocardiograma para enfermeiros”



Certificado

Certifica-se que, **Marta Margarida Vicente Montez**, participou na formação "Análise de Eletrocardiograma para Enfermeiros" que decorreu no dia 15 de março de 2021, das 17 horas às 20 horas, num total de 3 horas, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Lisboa, 16 de março de 2021.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

