ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: intervenção especializada de enfermagem

Jéssica Andreia Fernandes Mascarenhas

Lisboa
2021

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

A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: intervenção especializada de enfermagem

Jéssica Andreia Fernandes Mascarenhas

Orientador: Professora Doutora Carla Alexandra Fernandes do Nascimento

Lisboa
2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Escolhi estar presente na dor porque já estive perto de muito sofrimento”

Florence Nigthtingale

AGRADECIMENTOS

O presente relatório de estágio torna-se testemunho de um percurso de desenvolvimento profissional e pessoal único e irrepetível. A tentativa de nomeação de todos os momentos e pessoas tornar-se-ia incompleta perante as dimensões envolvidas. Pela sua relevância e envolvência na construção deste caminho, agradeço profundamente:

À minha mãe, pelo seu exemplo de coragem, determinação e dedicação.

À minha irmã e ao meu sobrinho Gabriel, por todos os momentos de enorme alegria e carinho.

Ao Hugo, companheiro de todos os momentos, pelo amor, compreensão e apoio incondicional.

Aos enfermeiros orientadores e equipa do serviço de urgência, por todas as aprendizagens proporcionadas, partilha, incentivo e motivação.

À Professora Doutora Carla Nascimento, pela dedicação inexcedível durante todo o meu percurso académico. Pela exigência, rigor, método, sabedoria e aprendizagens, essenciais ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos, o meu profundo agradecimento!

LISTA DE SIGLAS

APA - American Psychological Association

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

ATCN - Advanced Trauma Care Nurses

BPS - Behavioral Pain Scale

CNA - Canadian Nurses Association

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COMPACT - Consensus On Management of Pain Caused by Trauma

CPOT - Critical Care Pain Observation Tool

CT – Centro de Trauma

DGS – Direção-Geral da Saúde

EN – Escala Numérica

ENA - Emergency Nurses Association

EOT – Entubação Orotraqueal

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVA – Escala Visual Analógica

GPT - Grupo Português de Triagem

IASP - International Association for the Study of Pain

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITLS - International Trauma Life Support

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCA - Patient Controlled Analgesia

PEE – Plano de Emergência Externo

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação não-invasiva

VVT – Via Verde Trauma

RESUMO

A dor aguda na pessoa vítima de trauma constitui uma das principais causas de admissão nos serviços de urgência nacionais. A perpetuação da dor aguda na pessoa vítima de trauma, traduz o impacto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, com deterioração do *outcome* da Pessoa em Situação Crítica (PSC) (Kolcaba, 2003).

O presente relatório de estágio tem como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma.

Atendendo ao objetivo geral, o relatório segue uma estrutura lógico-reflexiva suportada no modelo teórico de Kolcaba (2003) – a Teoria do Conforto e no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus adaptado por Benner (2005). Pela organização e metodologia, torna irrevogável a análise e reflexão de um percurso ímpar de aquisição e desenvolvimento de competências conducentes com obtenção do grau de mestre.

O suporte metodológico proporcionado pela Revisão Integrativa da Literatura permite estabelecer os seguintes objetivos específicos: Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma e/ou risco de falência orgânica e família; Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC vítima de trauma e/ou falência orgânica com dor aguda na unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência; Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma.

Os resultados obtidos identificam as intervenções de enfermagem farmacológicas e não farmacológicas promotoras da gestão da dor aguda, conforto e bem-estar da PSC vítima de trauma.

Palavras-chave: Dor aguda; Gestão da dor; Pessoa vítima de trauma; Intervenções de enfermagem

ABSTRACT

Acute pain in the victim of trauma is one of the main causes of admission to national emergency services. The perpetuation of acute pain in the victim of trauma reflects the physical, psycho-spiritual, sociocultural and environmental impact, with deterioration of the outcome of the person in a critical situation (Kolcaba, 2003).

This internship report has as general objective to develop specialized nursing skills in the management of acute pain of the victim of trauma.

Given the general objective, the report follows a logical-reflexive structure supported by the theoretical model of Kolcaba (2003) - The Theory of comfort and the model of competence acquisition of Dreyfus adapted by Benner (2005). Whitin the organization and methodology, it makes irrevocable the analysis and reflection of a unique path of acquisition and development of skills leading to obtaining the master's degree.

The methodological support provided by the Integrative Review of the Literature, the following specific objectives: to Consolidate the skills of the nurse in the delivery of care to the person in a critical situation, the victim of the trauma, and/or the risk of organ failure, and families; Develop the skills of the nurse in the care of the person in a critical situation, the victim of the trauma and/or organ failure with acute pain in the intensive care unit and emergency department, to contribute to the development of the continuing education of nurses in the management of acute pain in the person of a victim of trauma.

The results identify pharmacological and non-pharmacological nursing interventions that promote acute pain management, comfort and well-being of the person of a victim of trauma in a critical situation.

Key words: Acute pain, Pain management, Trauma victim, Nursing interventions

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 17

1. **ENQUADRAMENTO TEÓRICO** 23

1.1. A pessoa vítima de trauma com dor aguda 23

1.2. Gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma 27

1.3. O conforto na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma 33

2. **ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS** 35

Estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos.....35

Estágio II – Serviço de Urgência.....47

CONSIDERAÇÕES FINAIS 67

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....73

APÊNDICES

APÊNDICE I - Objetivos, recursos, atividades e metas por local de estágio

APÊNDICE II - Comunicação-Livre: "*A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma – continuum da intervenção especializada de enfermagem*" apresentada no II Ciclo de *Webinars* da Ordem dos Enfermeiros

APÊNDICE III - Comunicação Livre: *"A intervenção multimodal de enfermagem no cuidado à pessoa vítima de trauma com dor aguda"* apresentada no VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de Participação no *Webinar* do Dia Nacional da Luta Contra a Dor – "*Dor compartilhada é dor aliviada"*

ANEXO II - Certificado de Participação no *Ciclo de Webinares de Investigação em Enfermagem 2020- Encontro de Investigadores*

ANEXO III - Certificado de participação no *Webinar American College of Surgeons* – "*Programa de Qualidade no Trauma: Tratamento da dor aguda no Trauma - Novas diretrizes de melhores práticas para o tratamento da dor aguda"*

ANEXO IV - Certificado de participação no *Critical Trauma Management – International Meeting*

ANEXO V - Certificado de realização do Curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN)

ANEXO VI - Certificado de participação no *VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Protocolo de analgesia preemptiva da UCI.....43

Tabela 2 - Proposta de atualização do campo “G – Medidas de Conforto” do Registo de Trauma.....61

INTRODUÇÃO

A dor, descrita pela Direção-Geral de Saúde (DGS) como o 5º sinal vital, é um fenómeno único e pessoal com especial impacto no bem-estar e qualidade de vida do ser humano (DGS, 2003; International Association for the Study of Pain [IASP], 2020). Este fenómeno fisiológico é desencadeado por um estímulo nocivo ou potencialmente lesivo que desencadeia uma resposta reflexa ou cognitiva para evitar ou prevenir a lesão (McGillion & Watt-Watson, 2010;IASP, 2020). Apesar da função adaptativa e protetora, a dor é sempre uma experiência pessoal, da qual podem resultar efeitos adversos no bem-estar físico, social e psicológico.

A dor aguda é definida pelo início recente e de provável duração limitada havendo, normalmente, uma relação temporal e/ou causal bem definida. Atendendo à sua definição, a dor aguda possui uma origem etiológica fortemente relacionada com o trauma (IASP,2020). Segundo o manual Advanced Trauma Life Support (American College of Surgeons, 2008) entende-se por trauma, qualquer lesão nos tecidos ou órgãos humanos do qual resulta a transferência de energia com consequente dano.

Os autores Benner, Kyriakidis e Stannard (2011), definem a pessoa em situação crítica (PSC) como a vítima gravemente doente ou ferida, incapaz de garantir de forma autónoma a estabilidade ou em alto risco de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica. De acordo com a dimensão do trauma, minor/moderado/grave, a pessoa vítima de trauma incorre para uma situação crítica, sendo a condição descrita potencialmente agravada pela gestão ineficaz da dor aguda.

O índice preditivo da dor aguda na lesão ou disfunção orgânica é inquestionável. Todavia, não representa qualquer vantagem biológica, sendo a sua prevalência associada a uma maior instabilidade hemodinâmica da pessoa vítima de trauma, aumento da morbilidade, perpetuação da dor e redução da qualidade de vida dado o pior *outcome* da PSC (DGS, 2017; Doran, 2011).

A dor associada ao trauma representa um dos principais motivos de admissão nos serviços de urgência, o que obriga à redefinição de estratégias de planeamento e conceção da temática (Gouveia & Augusto, 2018). Na realidade nacional, o trauma representa 10,4% do número de admissões nos serviços de urgência nacionais (Instituto Nacional de Estatística - INE, 2018).Vários estudos descrevem que 60% a 80% das pessoas vítimas de trauma, receberam um tratamento ineficaz para o controlo da dor (Pines & Hollander, 2008).

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, com início nos finais dos anos 90, traduz um percurso centrado na melhoria contínua da abordagem da dor em Portugal (DGS, 2017). Estabelece como metas de saúde até ao ano 2020: melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor; e promover modelos de boas práticas na abordagem da dor nos diferentes níveis de saúde (DGS, 2017).

Prestar cuidados que promovam a gestão da dor na pessoa vítima de trauma implica ter a capacidade de análise e identificação de necessidades que superam a lesão óbvia (Alpen & Morse,2001; Varndell, Fry & Elliott, 2017). Do pré-hospitalar ao intra-hospitalar, a pessoa vítima de trauma requer uma intervenção especializada, sustentada no conhecimento técnico-científico e no cuidado humanizado (Scholten et al., 2015).

Na procura permanente pela qualidade e excelência dos cuidados prestados, a gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma continua a ser uma área/problemática delegada para segundo plano. Com evidente impacto na morbilidade e mortalidade, é fundamental o desenvolvimento da intervenção do enfermeiro na avaliação sistémica e sistematizada da pessoa vítima de trauma. De forma a prever e detetar precocemente o impacto multidimensional da dor, assegurando a gestão da dor e promoção do conforto através da intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Saranteas et al., 2019).

A gestão da dor na pessoa vítima de trauma é um desafio que requer no cuidado especializado de enfermagem a capacidade de avaliação contínua, identificação das barreiras e fatores facilitadores, criação de respostas adaptativas e o desenvolvimento da intervenção de enfermagem na gestão da dor. O alcance do nível de cuidado referente à gestão da dor determina a qualidade e a excelência dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma (Varndell et al., 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008) salienta que os enfermeiros na prestação de cuidados detêm uma posição de permanente proximidade e por isso, “relevante para promover e intervir no controlo da dor” (OE, 2008, p.11). Em complemento, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica nº 135/2018 (2018, p.19363), descreve em unidade de competências do enfermeiro especialista a capacidade de garantir a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e ou falência orgânica, otimizando as respostas”.

O presente relatório de estágio reflete a construção de um percurso conducente com a obtenção do grau de mestre explanado no Regulamento de Mestrado da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Integrado na unidade curricular de Estágio com Relatório, pretende a capacitação do estudante para a realização de um percurso fundamentado, à luz dos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Decreto de Lei nº65/2018 de 16 de Agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018)

O projeto de estágio tem como finalidade o crescimento do estudante através da aquisição de aprendizagens e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ruivo & Ferrito, 2010). A atribuição do título profissional de enfermeiro especialista pretende o reconhecimento da "competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (OE, 2015, p.99; Decreto de Lei nº 161/96 de 4 de Setembro do Ministério da Saúde, 1996).

De iniciado a perito, Benner (2005) salienta nos níveis de competência de enfermagem adaptados do modelo de Dreyfus, a importância do complemento da formação académica com o exercício crítico-reflexivo nos contextos de estágio. Deste modo, o meu percurso de aquisição de competências segue o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus adaptado por Benner (2005) e pretende a fundamentação do crescimento e desenvolvimento, desde do nível proficiente ao nível perito.

Em enquadramento com o exercício crítico-reflexivo proposto, a escolha da temática decorre da reflexão pessoal sobre as práticas no Serviço de Urgência Geral (SUG) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) onde exerço. Detenho um elevado interesse na área do trauma e através do conhecimento aprofundado sobre as principais oportunidades de melhoria, identifico a gestão da dor na pessoa vítima de trauma como uma intervenção de enfermagem com necessidade de desenvolvimento dada a desvalorização.

Urge pensar o crescimento e desenvolvimento das equipas na prestação de cuidados, sobretudo no SUG. A ausência de formação e protocolos, a articulação deficitária com o pré-hospitalar e a reduzida sensibilização dos enfermeiros, contribui para a deterioração dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma (Masoudi, Aboutalebi & Sadat, 2017).

Face às metas enunciadas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto de Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018), aos objetivos propostos pela ESEL para o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em PSC e às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na área da PSC (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019; Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018) saliento as seguintes competências em desenvolvimento:

- Desenvolver uma prática profissional responsável, na área de especialidade, agindo de acordo com princípios legais e com fundamento ético, deontológico e técnico-científico;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da garantia de administração de protocolos terapêuticos complexos;
- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;
- Demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da pessoa em situação crítica vítima de trauma, otimizando as respostas;

Em articulação com os principais referenciais descritos em epígrafe, o relatório de estágio tem como objetivo geral - Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma -, e objetivos específicos:

- Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou risco de falência orgânica e família;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou falência orgânica com dor aguda na unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma;

Atendendo aos objetivos estabelecidos, o presente relatório de estágio organiza-se em três momentos fulcrais. Num primeiro momento surge o enquadramento teórico que utiliza como ancoragem a clarividência do referencial teórico de enfermagem de Katherine Kolcaba – a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003). E pretende, a fundamentação técnico-científica da intervenção especializada de

enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma. No segundo momento, decorre a reflexão sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências proporcionado pelos diferentes contextos de estágio. No terceiro momento, são apresentadas as considerações finais a partir dos indicadores de resultado estabelecidos. Os resultados alcançados decorrem da concretização dos objetivos estabelecidos com consequente desenvolvimento pessoal e profissional.

O presente relatório de estágio foi redigido de acordo com as normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e as referências bibliográficas surgem elaboradas conforme as normas da 7ª edição da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico do presente relatório de estágio organiza-se em três subcapítulos. A partir dos quais, emerge o constructo teórico sobre a temática e a operacionalização técnico-científica através da escolha da teoria de enfermagem de Katherine Kolcaba - a Teoria do Conforto.

A explicitação da evidência científica identificada decorre da pesquisa bibliográfica e dos contributos da realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL). A partir das etapas metodológicas propostas por este instrumento da Prática Baseada na Evidência (PBE), resulta uma melhor capacidade de síntese do conhecimento e consequente, aplicabilidade na perspetiva da prática fundamentada (Aromataris & Munn,2017; Souza, Silva & Carvalho, 2010).

No âmbito da gestão multimodal da dor aguda, a RIL, permite identificar as intervenções de enfermagem farmacológicas e não-farmacológicas implementadas no cuidado à PSC vítima de trauma. Tendo como principal *outcome* desejável, a gestão da dor aguda e a promoção do conforto.

1.1. A pessoa vítima de trauma com dor aguda

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define a dor como:

> Perceção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga de contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 46).

A dor é um fenómeno multidimensional complexo, influenciado pelos fatores físico, biológico, cultural e social. A multidimensionalidade inerente ao conceito de dor contribui para a subjetividade, tendo diferentes perceções para cada pessoa. Deste modo, cada pessoa sente e manifesta a dor de forma única e irrepetível (Cardoso, 2013; DGS, 2003).

Quanto à tipologia, a dor classifica-se em aguda ou crónica. A dor aguda define-se pela curta duração, período não superior a 30 dias, com fatores causais por norma

bem definidos. A dor crónica é caracterizada pelo quadro persistente superior a 6 meses após a lesão que lhe deu origem e depois do início do processo de tratamento. Pode ter ou não uma lesão aparente subjacente (Urden, Stacy & Lough,2014).

Dado o processo lesivo e súbito vivenciado pela pessoa vítima de trauma, o destaque é dado ao conceito da dor aguda. A dor aguda resulta da ativação dos nociceptores, decorrente da lesão ou disfunção dos neurónios aferentes primários específicos que originam uma experiência dolorosa. A dor com origem na lesão ou disfunção localizada no sistema nervoso central, designa-se dor neuropática, e a decorrente da lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico, designa-se dor nociceptiva (Lopes, 2003; Urden et al.,2014).

A dor nociceptiva divide-se em dor somática e visceral. A dor somática envolve os nociceptores localizados nos tecidos superficiais, como a pele, músculos, articulações e ossos. A dor visceral atende a afeção dos nociceptores localizados em órgãos como o coração, pulmão e intestinos. Os nociceptores viscerais respondem à dor induzida pela isquémia, espasmo e inflamação do músculo liso (Urden et al.,2014).

A dor neuropática é descrita pelo difícil controlo, com origem central ou periférica, requer frequentemente uma abordagem multimodal, através da combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Urden et al.,2014).

A nocicepção, enquanto capacidade do organismo para detetar um estímulo potencialmente lesivo, define-se como um processo altamente complexo constituído por quatro fases: transdução, transmissão, modulação e perceção (Lopes, 2003).

A transdução, consiste na tradução do estímulo físico de alta intensidade pelos neurónios aferentes primários num influxo nervoso. As fibras aferentes Aδ e C desencadeiam a dor aguda imediata e a dor difusa, a partir de estímulos mecânicos, térmicos e químicos. As diferentes velocidades de condução do estímulo são determinadas pela bainha de mielina. Fibras de condução mielinizadas desencadeiam o estímulo de fuga imediato, enquanto que as fibras de condução lenta não mielinizada são responsáveis pela sensação de dor (Lopes, 2003).

A transmissão, consiste na progressão do estímulo elétrico da via periférica à medula espinhal e da medula espinhal ao cérebro, através das vias de nociceptivas. As vias nociceptivas são estruturas corticais e subcorticais implicadas no processo da dor (Ex.: Feixe espinho-talâmico, feixe espinho-reticular e feixe espinho-cervical) (Lopes, 2003).

A modulação, integra o conjunto de estímulos que reduzem ou amplificam o estímulo nociceptivo. As intervenções de enfermagem farmacológicas e não farmacológicas são descritas como elementos antinocicepção, pois impedem a chegada do estímulo nóxico ao encéfalo. Em oposição, a dor aguda é definida como um estímulo pronocicepção, por facilitar a transmissão do impulso e inibir a analgesia (Urden et al.,2014).

A perceção, é definida como um conjunto de mecanismos cerebrais que atribuem significado ao fenómeno doloroso. São determinantes para este processo os fatores sociais, culturais, religiosos, psicológicos, genéticos e contextuais (Lopes, 2003).

A abordagem fisiopatológica da dor clarifica, enquanto fenómeno único e subjetivo, que supera um conjunto de mecanismos físicos. Melzack e Wall (1965) através da Teoria *Control Gate* integram o sistema afetivo, cognitivo e comportamental na compreensão do fenómeno da dor em oposição ao restritivo modelo biomédico em vigor. Deste modo, a intervenção de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma requer a compreensão das dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Caseiro, 2008; Kolcaba, 2003; Melzack & Wall,1965).

O trauma tem uma incidência epidemiológica significativa, sendo a principal causa de morte e incapacidade até aos 40 anos de vida (American College Surgeons, 2018). Os estudos estatísticos realizados descrevem a distribuição das mortes no trauma em três períodos ou picos de maior prevalência.

O primeiro pico ocorre nos primeiros minutos após o trauma. Só a prevenção pode reduzir significativamente este pico de mortalidade. O segundo pico, ocorre entre minutos a várias horas após o trauma, resultante de lesões como laceração do fígado, fraturas pélvicas e/ou outras lesões que comportam uma significativa perda de volémia. A *golden hour* surge nesta fase, sendo reconhecida como a primeira hora após o trauma, caracterizada pela necessidade de avaliação e reanimação rápida. Gomes (2010), alarga o conceito da *golden hour* e estabelece um novo conceito-*golden approach*, alargando o período desde a lesão até à chegada ao centro de trauma mais adequado às necessidades da PSC. O terceiro pico, ocorre vários dias e semanas após a lesão inicial, frequentemente associado à sépsis e falência multiorgânica.

A incidência da dor aguda na pessoa vítima de trauma encurta a duração de cada fase da distribuição trimodal. A resposta metabólica caracteriza-se pela

libertação de hormonas como a adrenalina, noradrenalina, corticoides, glicogénio, e supressão de hormonas anabolizantes. O estado hipermetabólico é responsável induzir a hiperglicemia, hipotermia, alterações na coagulação e acidose lática. Fatores que permitem a correlação entre a incidência da dor no trauma e o desenvolvimento da tríade letal – acidose, coagulação e hipotermia (American College of Surgeons, 2008).

A prevalência da dor aguda na pessoa vítima de trauma tem um impacto fisiológico significativo manifestado por hipertensão arterial, taquipneia e taquicardia com aumento da probabilidade de desenvolvimento da tríade letal descrita. Deste modo, a dor aguda influencia o risco ou a efetiva falência orgânica e contribui desde do primeiro segundo para o prognóstico da pessoa vítima de trauma (Benov et al., 2017)

Nos diferentes níveis de cuidados, do pré-hospitalar aos serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos, a intervenção especializada de enfermagem estabelece um contínuo sempre presente no cuidado à pessoa vítima de trauma. A proximidade descrita, atribui um significado premente e decisivo para o impacto da intervenção especializada de enfermagem na distribuição trimodal do trauma (Mock, Juillard, Brundage, Goosen & Joshipura, 2009).

Apesar de altamente prevalente, a dor no trauma é a dor menos estudada (Calil & Pimenta, 2010). O insuficiente conhecimento relativo à gestão da dor, torna o seu processo difícil com resultados manifestamente insuficientes (Ribeiro, Barreto, Hora & Sousa, 2011).

O cuidado de enfermagem na gestão da dor na pessoa vítima de trauma é complexo pelas múltiplas situações e diferentes necessidades. A pessoa vítima de trauma pode ter ou não alteração do estado de consciência, alterações da comunicação correlacionadas com a situação fisiopatológica ou por necessidade de entubação orotraqueal (Nurnberg, Saboonchi, Sackey & Bjorling, 2011). A não identificação da causa subjacente, não deve ser considerada como um fator para determinar a ausência de dor (Oliveira et al., 2014).

No cuidado à PSC vítima de trauma, o enfermeiro perito deve reunir competências específicas que permitam a gestão diferenciada da dor e bem-estar, com vista à otimização de respostas (OE, 2008; Varndell et al., 2017).

1.2. Gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma

A dor é um fenómeno multidimensional complexo com impacto negativo na saúde pública. A Declaração de Montreal assinada em 2010, vem reforçar o compromisso de diversos países em promover a gestão da dor, enquanto direito humano fundamental (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2013).

Segundo a OE (2008, p.19), a "aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente". O desafio da gestão da dor aguda requer a valorização, avaliação e tratamento mediante intervenções farmacológicas e não farmacológicas que atendam à dimensão holística dos cuidados (Allen et al., 2018).

A avaliação adequada da dor requer a caracterização quanto à intensidade, natureza, qualidade, duração e localização. Para o efeito, as escalas de avaliação da dor devem ser selecionadas de acordo com a idade e estado cognitivo da pessoa vítima de trauma. As escalas de avaliação constituem instrumentos fundamentais para a comunicação com a pessoa vítima de trauma sobre a sua dor. O autorrelato da pessoa vitima de trauma é o padrão de ouro para determinar a intensidade da dor (Gélinas, 2016; Kolcaba, 2003).

Os instrumentos de avaliação existentes permitem a auto ou heteroavaliação e podem ser unidimensionais ou multidimensionais. As escalas de avaliação como a Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Faces e a Escala Numérica (EN), classificam-se como escalas de autoavaliação unidimensionais dado o enfoque único na categorização da dor segundo uma escala numérica de 1 a 10. A dor classifica-se como ligeira de 1-3, moderada 3-7, severa 7-10 e sem dor 0-1 (OE, 2008; Grupo Português de Triagem [GPT], 2010). A avaliação da dor no pré-hospitalar e serviços de urgência surge sustentada na EVA e EN (GPT, 2010). A utilização de escalas de heteroavaliação comportamentais surge sobretudo, nas unidades de cuidados intensivos, a título de exemplo a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT).

A escala BPS surge organizada em três indicadores: a expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ao ventilador. Cada indicador possui quatro descritores com atribuição de um score mínimo de 1 (sem dor) e máximo de 4 (dor máxima). A pontuação total da avaliação segundo a BPS varia entre os 3 (sem dor) e 12 (dor máxima) (Pinheiro & Marques, 2019).

A CPOT avalia indicadores como a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular e a adaptação ao ventilador da PSC entubada orotraquealmente ou a vocalização na PSC em ventilação espontânea (Pinheiro & Marques, 2019).

O Regulamento de Competências nº 135/2018 descreve as seguintes competências de enfermagem no âmbito da gestão da dor e promoção do conforto:

> Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar; Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica; Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363).

As competências descritas, permitem o reconhecimento da intervenção de enfermagem para o desenvolvimento de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, a partir da contínua avaliação e monitorização da dor na pessoa vítima de trauma (Alpen & Morse,2001;Saranteas et al., 2019). No domínio profissional, a OE (2008, p.17) descreve em relação à incidência da dor, que o "enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidado que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis".

A nível nacional, surge em 2017, a constituição da Comissão Nacional de Trauma com o objetivo de melhorar as práticas na abordagem à pessoa vítima de trauma. No que se refere à organização dos cuidados hospitalares urgentes, a DGS preconiza a existência de uma equipa organizada, critérios de ativação da equipa de trauma, registo nacional de trauma, avaliação primária realizada em menos de 20 minutos e avaliação secundária realizada em menos de 60 minutos (DGS, 2010).

As condições de prestação de cuidados existentes nos serviços de urgência, no que se refere à escassez de recursos humanos face às exigências do contexto, constitui o principal argumento apresentado pelos enfermeiros para a ausência de monitorização da dor. Segundo Rose et al. (2012), os enfermeiros na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma tendem a negligenciar a utilização de escalas ou instrumentos de avaliação da dor. Perspetiva corroborada por Calil e Pimenta (2010), que salientam a forma como os médicos e os enfermeiros subestimam o impacto da dor na pessoa vítima de trauma.

Por ausência de formação e sensibilidade para a temática, a dor na pessoa vítima de trauma é negligenciada, sendo comum a oligoanalgesia. Na prática diária, a dor parece ser interpretada como inerente ao trauma, admitindo-se uma condição da pessoa vítima de trauma (Pierik et al., 2015; Saranteas et al.,2019).

Em reflexão sobre a prática clínica, identificam-se as seguintes barreiras comuns à avaliação da dor: a incidência da dor aguda – reduz a predisposição da pessoa para a comunicação; o estado mental - a ansiedade/angústia/sofrimento pode reduzir a compreensão, memória e a capacidade de comunicação; o estado de consciência – a deterioração do estado de consciência provocada pelo estado fisiológico (hipoxia, hipovolémia, hipoglicémia, hipotermia, desequilíbrios eletrolíticos ou traumatismos com afeção do sistema nervoso central); a restrição de movimentos através de procedimentos de imobilização – limita a comunicação e altera o enfoque da prestação de cuidados; o ambiente, designadamente a presença de ruído e a temperatura; e a cultura que possui uma forte influência na valorização e expressão da dor.

Todavia, apesar das inúmeras barreiras na gestão da dor à pessoa vítima de trauma, Germosa, Sjetne e Helleso (2018) admitem que o conhecimento dos enfermeiros e as suas atitudes são a principal barreira para a avaliação e a gestão eficaz da dor. Segundo a OE (2008, p.20), é fundamental "planear a formação contínua de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas".

O Regulamento de Competências nº 135/2018 integra no perfil de competências do enfermeiro especialista em PSC o desenvolvimento de cuidados de enfermagem a partir da

> observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363).

A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma requer a avaliação da dor integrada na abordagem e avaliação sistémica e sistematizada. A Emergency Nurses Association (ENA, 2015) e a Society of Trauma Nurses (STN, 2013) descrevem a intervenção de enfermagem à pessoa vítima de trauma organizada na avaliação primária e secundária.

A avaliação primária pretende a identificação de necessidades que requerem intervenção imediata, com base no potencial de risco de vida que representam. Integra a abordagem da via aérea (A), ventilação (B), circulação (C), disfunção neurológica (D) e a exposição (E).Sendo comummente designada, a abordagem ABCDE da pessoa vítima de trauma.

A avaliação secundária compreende a avaliação céfalo-caudal de modo a identificar todas as lesões presentes. As lesões podem evoluir de forma a comprometer a vida, pelo que a pessoa vítima de trauma exige uma reavaliação contínua. A ENA (2015), apresenta-nos uma abordagem complementar da avaliação primária - FGH: F (full, five, facilitate) – *full/five*, remete para avaliação completa dos sinais vitais. Salienta-se avaliação da dor, enquanto 5º sinal vital; Facilitar (*facilitate*) a presença da família; G (*give*) – Conferir medidas de controlo da dor para a promoção do conforto; H- História clínica.

Denote-se, o especial enfoque que a ENA confere à gestão da dor, promoção do conforto e bem-estar da pessoa vítima de trauma. Em análise, poder-se-á distinguir duas origens contextuais da dor aguda na pessoa vítima de trauma: a dor causada pelo mecanismo de lesão e a dor causada pelas intervenções dos profissionais no tratamento da lesão e suporte hemodinâmico decorrente do risco/falência orgânica. Em simultâneo, estes elementos pronocicepção contribuem para o pior *outcome* da pessoa vítima de trauma e devem atender a um cuidado antinocicetivo especializado através de medidas farmacológicas e não farmacológicas,.

Os autores Elkbuli et al. (2020) descrevem que abordagem farmacológica exclusiva é ineficaz na gestão da dor na pessoa vítima de trauma. E acrescentam, que a gestão eficaz da dor na pessoa vítima de trauma requer uma abordagem abrangente centrada em três medidas: promoção da liderança por enfermeiros na sala de reanimação de trauma, colaboração com as equipas diferenciadas no tratamento da dor, formação das equipas para o desenvolvimento de estratégias não farmacológicas com maior comunicação sobre a dor. Segundo os autores, as três medidas aumentam a satisfação da pessoa vítima de trauma no que concerne à gestão eficaz da dor aguda.

No âmbito das estratégias farmacológicas na gestão da dor aguda, a OE (2008, p.17) descreve na intervenção de enfermagem:

> Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais dos fármacos utilizados no controlo da dor e as interações medicamentosas;

Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica analgésica; Vigiar a segurança da terapêutica analgésica; Prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de Enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas.

Segundos os autores Sullivan, Lyon, Montgomery e Quinlan-Colwell (2016), a intervenção de enfermagem é essencial na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma pela avaliação da dor pormenorizada, administração, vigilância e segurança da terapêutica analgésica, intervenções não farmacológicas e investigação para a melhoria dos cuidados na gestão da dor.

De acordo com os mesmos autores, a gestão farmacológica da dor aguda requer a utilização de fármacos opióides (ex. morfina) e não opióides (acetaminofeno, anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), anticonvulsivantes, relaxantes musculares e agonistas alfa-2 adrenérgicos). A utilização de anestésicos não-barbitúricos como a cetamina, e as técnicas regionais são também eficazes para a gestão da dor aguda, mas requerem formação e monitorização hemodinâmica específica da pessoa vítima de trauma (Sullivan et al.,2016).

A via de administração farmacológica pode ocorrer segundo a terapia convencional (Ex.: via oral, rectal, endovenosa, intra-nasal) ou não convencional, em que a terapêutica analgésica é administrada por via epidural, perineural ou peripléxica e de analgesia controlada pelo doente (PCA).

A utilização da terapia não convencional, como as terapias analgésicas regionais nos bloqueios intercostais dos plexos no trauma torácico, as infiltrações subcutâneas ou subaponevróticas das incisões, requer conhecimento do enfermeiro na manipulação de cateteres epidurais ou perineurais, segurança na administração de fármacos e domínio técnico-científico na remoção de cateteres (McGillion & Watt-Watson,2010).

Na gestão da dor aguda, a intervenção especializada de enfermagem requer a habilidade e o conhecimento técnico-científico para que a intervenção desenvolvida não contribua para o aumento da dor aguda desencadeada pelo mecanismo de lesão. Mediante a correta aplicação do material de imobilização, quando justificável, a promoção da massagem/posicionamento da pessoa vítima de trauma submetida da imobilização em plano rígido e a gestão dos cuidados sob forma a minimizar a

restrição de movimentos e iatrogenia associada. A prática de imobilização, apesar de universalmente aceite no pré-hospitalar e nos serviços de urgência, não é isenta de riscos, sendo associada ao aumento da dor aguda, compromisso respiratório, úlceras por pressão e exame físico alterado (White IV, Domeier & Millin,2014).

Como medidas não-farmacológicas na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma, foram identificadas através da RIL: a crioterapia, aplicação de calor, técnicas de distração, musicoterapia, massagem, imobilização, elevação das extremidades, quando aplicável, e a presença de familiares/amigos (Hsu, Chen & Hsiep, 2016; Mota, Cunha, Santos, Silva & Santos, 2019; Papathanassoglou et al., 2018; Weinberg, Ross & Van Aswegen, 2018).

Intervenções de enfermagem não-farmacológicas como a estimulação elétrica transcutânea (TENS) e a acupuntura não foram consideradas no presente relatório de estágio, pois não se consideram enquadráveis na fase de dor aguda da pessoa vítima de trauma (Polomano et al., 2017).

Em suma, as estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor aguda requerem uma abordagem integrada e complementar. Para além da dor aguda causada pelo mecanismo de lesão, dever-se-á ter em conta que todas as intervenções desenvolvidas detêm potencial para incremento da intensidade da dor aguda. A intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor aguda minimiza a vulnerabilidade e o sofrimento, promovendo o conforto da pessoa vítima de trauma através dos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2003).

1.3. O conforto na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma

A dimensão da experiência de sofrimento, é diretamente proporcional à gravidade do trauma e à incidência da dor aguda (Richmond & Aitken,2011). Segundo Kolcaba (2003), a dor é uma sensação de intensidade variável descrita como um desconforto de carácter multidimensional que inclui a componente cognitiva, sensitiva e afetiva.

Kolcaba (2003) define conforto como a condição vivenciada pela pessoa que recebe medidas de conforto. Prevendo que as medidas de conforto garantem a satisfação das necessidades humanas em três estados: alívio, tranquilidade e transcendência. A experiência imediata e holística de conforto envolve quatro dimensões: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

O alívio do sofrimento e a promoção do conforto e bem-estar compõem intervenções de enfermagem fulcrais na área da gestão da dor aguda (Kolcaba, 2003).

O bem-estar é descrito pela OE (OE, 2001) como um dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem sendo um resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

O conforto e o bem-estar, enquanto *outcomes* almejados na construção deste processo de aprendizagem, são sustentados na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (Doran, 2011; Kolcaba, 2003). Os referenciais teóricos assumem uma função organizativa e estruturante do pensamento, conferindo um suporte essencial para análise crítica e tomada de decisão sustentada e promotora de intervenções que garantam a satisfação das necessidades (Tomey & Alligood, 2004).

Os estados de conforto enunciados por Kolcaba (2003) assumem uma complexidade crescente. O estado de alívio remete para a satisfação da necessidade física, sendo um estado complexo e necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento. A tranquilidade é o estado de contentamento, calma e satisfação que garante à pessoa a capacidade de desempenho eficiente. Por último, a transcendência compõe o estado ideal, de suplementação dos problemas, no qual a pessoa reúne o potencial máximo para o planeamento da vida, resolução de problemas, sublimação e renovação.

Na sua perspetiva, Kolcaba (2003), Tomey e Alligod (2004) reforçam que o conforto e bem-estar só são alcançados perante a minimização ou ausência da dor. Na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma, o enfermeiro desenvolve intervenções reconfortantes promotoras do conforto e bem-estar.

A dimensão holística da intervenção especializada de enfermagem adquire resultados nas quatro dimensões: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

A dimensão física pertence às sensações corporais desencadeadas pelo mecanismo lesão, cinemática do trauma ou intervenções de imobilizações ajustadas às necessidades identificadas.

O contexto psicoespiritual implica a consciência de si, estima, significados e crenças. A pessoa vítima de trauma atribui significados únicos ao acontecimento abrupto e imprevisível. Os significados atribuídos ao contexto vivenciado determinam a perceção, manifestações e o impacto da dor aguda.

As relações interpessoais, familiares e sociais incluídas na dimensão sociocultural não podem ser descuradas no cuidado à pessoa vítima de trauma. A presença da família/amigos é descrita como uma intervenção não farmacológica na gestão da dor aguda.

Por último, o contexto ambiental que envolve a pessoa vítima de trauma em permanente interação com o meio. Do pré-hospitalar à admissão hospitalar, a pessoa vítima de trauma vivencia uma mudança abrupta do ambiente de prestação de cuidados com influência externa na sensação de dor aguda.

O enfermeiro, na permanente gestão dos cuidados prestados, previne e intervém de forma contínua na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma nos múltiplos contextos. Deste modo, consolido o desenvolvimento do presente relatório para o segundo capítulo, o qual estabelece a análise do contextos de estágio à luz dos pressupostos teóricos apresentados e que servem de ancoragem ao percurso de aquisição e desenvolvimento de competências.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem por objetivo a reflexão intencional sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de estágio.

O exercício reflexivo estruturado e sustentado nos pressupostos apresentados no primeiro capítulo, permite a construção do saber experienciado em resultado da maturidade e clarividência adquiridas ao longo deste percurso. O qual, se reveste de um significativo crescimento profissional e pessoal.

Segundo Benner (2005), o exercício crítico-reflexivo é essencial à promoção do desenvolvimento de competências especializadas na área do cuidado à PSC. Sendo a premissa necessária à construção da perícia clínica promotora do desenvolvimento da ciência de enfermagem (Benner, 2005).

Deste modo, o presente capítulo pretende a partilha do novo sentido sobre o saber experienciado, adquirido através das vivências em dois contextos de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU).

Consciente da exigência, complexidade e relevância do exercício proposto, estruturo a reflexão de acordo com os objetivos específicos, atividades e metas estabelecidas para cada objetivo e em cada contexto de estágio (Apêndice I). Em estreita e permanente fundamentação com os objetivos e competências inerentes ao Curso de Mestrado.

Estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos

O estágio realizado na UCI de um hospital localizado na periferia do distrito de Lisboa, teve como particularidade, o facto de integrar adicionalmente, uma Unidade de Cuidados Intermédios e a extensão de uma UCI com menor capacidade. Estas alterações à UCI, decorrem em resposta à pandemia SARS-COV-2, dado o aumento exponencial da necessidade de vagas em cuidados intensivos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003, p.6), as unidades de cuidados intensivos são “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Apesar de preservarem a sua definição e funcionalidade, as unidades de cuidados intensivos evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva (SMI), tendo como missão comum a gestão da PSC à escala hospitalar (Ministério da Saúde, 2017).

A definição de PSC apresentada por Benner et al. (2011) denuncia a estreita correlação com o SMI, o que permite a validação da pertinência do contexto de estágio face aos objetivos consignados à luz dos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Decreto de Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Atualmente, o SMI é constituído por uma UCI polivalente com dez vagas de nível III, uma unidade de cuidados intermédios polivalente com doze vagas de nível II e uma extensão de nível III com 6 vagas adicionais. As tipologias nível II e III são definidas a nível internacional. Entende-se por nível III, unidades destinadas à PSC com a disfunção aguda de dois ou mais órgãos vitais com necessidade de suporte ventilatório invasivo. O nível II destina-se à PSC cujo a disfunção incide em apenas um órgão com necessidade de monitorização e não requer ventilação mecânica invasiva (Ministério da Saúde, 2017).

O estágio foi realizado durante o pico pandémico SARS-COV-2, na origem da doença COVID-19, caracterizado pela disfunção respiratória grave com exponencial evolução para a falência multiorgânica. Fator que alterou a configuração do SMI, conforme descrito em epígrafe. Durante o estágio, os turnos foram realizados de forma rotativa em todas as unidades que integram o SMI (duas unidades de cuidados intensivos e uma unidade de cuidados intermédios). A necessidade de um maior número de vagas determinou a atribuição de 22 camas de cuidados intensivos e intermédios para a PSC com doença COVID-19 e 6 camas para a PSC com critérios de admissão em UCI, obrigatoriamente com dois testes SARS-COV-2 negativos.

Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou risco de falência orgânica e família

A vivência da pandemia mundial durante este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências confere um sentido único e irrepetível. A exigência técnica, científica e humana do contexto trazem desafios ímpares à profissão de enfermagem e a evolução é inquestionável. Sendo, ”a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4744).

A equipa do SMI integra quatro equipas de enfermagem constituídas por doze elementos que asseguram a continuidade de cuidados em turnos rotativos de doze

horas. O método de trabalho em equipa traduz-se na prestação individualizada de cuidados de acordo com a distribuição realizada pelo chefe de equipa.

Denota-se a promoção do triângulo terapêutico PSC-enfermeiro-família, através da distribuição tendencial das mesmas unidades aos mesmos enfermeiros, ao longo dos diversos turnos. O artigo 110º da humanização dos cuidados, remete para a singularidade dos cuidados prestados, em ambiente seguro e potenciador do desenvolvimento de potencialidades, considerando a inserção na família e comunidade (OE, 2015). O cuidado à PSC e família na UCI permite-me o reconhecimento da relevância da intervenção especializada "para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos complexos" (Regulamento nº 135/2018 da OE, 2018, p.1931).

A relação terapêutica com a PSC vítima de trauma e família só é possível através do desenvolvimento do profundo conhecimento sobre as técnicas de comunicação, estratégias facilitadoras e consciência das "barreiras de comunicação" (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018). Promovo a comunicação com a família à cabeceira da PSC reafirmando o modelo proposto por Benner et al. (2011) que descrevem o enfermeiro especialista como o profissional que não interpreta a família como um obstáculo. E reconhece a intervenção especializada de enfermagem na comunicação com a família como imprescindíveis para o alívio, diminuição da angústia e do medo. Consciente das restrições impostas pelos circuitos COVID-19, proporciono a entrada da família na UCI, comunico permanentemente, promovo o toque apesar do EPI utilizado e garanto a segurança da PSC e família (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

A evolução da pandemia obrigou à mudança estrutural e organizacional do SMI, bem como das equipas de enfermagem. O enfermeiro perito assumiu uma intervenção determinante, à luz das funções consignadas, sendo para mim uma oportunidade ímpar de aprendizagem e colaboração. Presencio e contribuo sobre a ação dinamizadora do enfermeiro perito, que garante a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018; Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

Para além das funções de gestão do ambiente, o enfermeiro perito é responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa em articulação com a equipa multidisciplinar. As funções de liderança e a

gestão dos recursos face à situação pandémica atual, tornam as competências do enfermeiro perito bastante complexas e prementes para a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

Assumo a adaptação do estilo de liderança como uma medida necessária em resultado da maior setorização do serviço em "áreas COVID". As quais exigem a utilização do equipamento de proteção individual composto por touca, máscara FFP2, cogula, fato de proteção completo, óculos de proteção e no mínimo dois pares de luvas. O enfermeiro perito aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado apesar das dificuldades físicas e técnicas, promove a rotatividade e assegura medidas que garantam a prestação de cuidados com segurança e qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

Impera a necessidade de gestão eficaz de sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. Mesmo sob pressão, o enfermeiro perito demonstra responsabilidade, fácil comunicação com os pares e é notório o reconhecimento que a equipa detém sobre a sua intervenção. Este nível de intervenção é assegurado pela enorme consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, assume de forma clara, os seus recursos e limites pessoais e profissionais e partilha com a equipa (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

As aprendizagens de gestão de equipa e coordenação de serviço são determinantes para o meu processo de aquisição de competências, dadas as funções que detenho no meu serviço. Ainda que com uma dimensão distinta, transporto para o meu percurso profissional as inúmeras aprendizagens, fundamentais para a mudança e melhoria do desempenho no meu contexto profissional.

A existência de circuitos COVID-19 obriga à maior segmentação das equipas. O enfermeiro perito reconhece na sua equipa os enfermeiros que detêm competência para a supervisão e delega as funções de orientação e suporte às decisões. Torna-se premente assegurar a qualidade e segurança dos cuidados, apesar das múltiplas alterações existentes. Por via telefónica entre as várias áreas COVID-19, o enfermeiro perito utiliza um método indireto para a instrução ou demonstração prática das tarefas a delegar. Por esta via, as dúvidas mais comuns da equipa incidem sobre ventilação, monitorização hemodinâmica invasiva e circuitos de circulação intra-hospitalar no âmbito da SARS-COV-2. Estas medidas permitem a "assessoria aos enfermeiros e à equipa de saúde" (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4748),

através da orientação sobre a decisão “relativa às tarefas a delegar” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4748).

Face à especificidades enunciadas, os recursos materiais da UCI compõem-se pelos instrumentos necessários à ventilação invasiva e não invasiva, ecografia, broncofibroscopia, monitorização hemodinâmica invasiva, monitorização PICCO (*Pulse Induced Contour Cardiac Output*), técnica dialítica contínua e intermitente e plasmaforese. Recursos fundamentais no suporte à tomada de decisão e continuidade de cuidados à PSC.

O cuidado à PSC suportado pela equipa do SMI estende-se a diversas áreas clínicas da unidade hospitalar. A equipa do SMI em articulação com o serviço de anestesiologia do hospital integram a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). A ativação da EEMI decorre de acordo com critérios de ativação e protocolos específicos determinados pela instituição.

Para o meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC vítima de trauma e/ou risco de falência orgânica, considerei fundamental a integração na equipa multidisciplinar. Através da partilha permanente com o enfermeiro orientador e elementos da equipa, consulta dos protocolos e normas instituídos. A experiência prévia com o Sistema Informático (SI) – *Sorian e ADT* permite-me reunir instrumentos de pesquisa fulcrais à consolidação do meu conhecimento sobre os elementos estruturais e organizacionais da UCI e EEMI. Na utilização destes instrumentos asseguro “a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4746).

A minha experiência prévia no cuidado à PSC no SUG e VMER, permitiu uma rápida integração na equipa sendo reconhecida por toda a equipa multidisciplinar.

A prestação de cuidados à PSC durante o pico pandémico exige o domínio técnico-científico, mas acima de tudo, a articulação coerente e permanente com a humanização dos cuidados em observância com os princípios ético-deontológicos (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

Os turnos realizados permitem-me relatar uma experiência exigente e com um enorme sentido de crescimento pessoal e evolução profissional. A permanência predominante em “áreas COVID” tornaram premente a evolução do conhecimento

sustentado à PSC, no que remete à necessidade de suporte ventilatório. Bem como, a necessidade de monitorização invasiva associado à instabilidade hemodinâmica.

O d*ebriefing e*nquanto método de partilha em equipa induz a reflexão e discussão das situações vivenciadas (Fanning & Gaba, 2007). Através da partilha permanente com o enfermeiro orientador surge a redefinição do ambiente de prestação de cuidados, do conceito de PSC e novas e inovadoras técnicas de abordagem à PSC como, a terapia de alto fluxo ou o decúbito ventral na PSC sob ventilação invasiva.

As diversas situações vivenciadas, suportadas pelo ambiente de partilha promovido pelo enfermeiro orientador, permitem a aquisição e desenvolvimento de conhecimento na adaptação da PSC à ventilação não invasiva (VNI), implementação e manutenção de dispositivos de monitorização hemodinâmica invasiva, realização de técnica dialítica contínua e intermitente, intervenção especializada no processo de entubação orotraqueal (EOT) em circuito fechado, cuidados de manutenção à PSC sob EOT e instituição e manutenção da terapia de alto fluxo na PSC.

Se por definição o conceito de catástrofe, define-se pelo número de necessidades que superam os recursos existentes. Neste caso o número limitado de vagas, ventiladores e profissionais transportam o meu percurso de aprendizagem para um cenário de catástrofe.

Um cenário de catástrofe onde a consciência do risco, obriga à gestão do mesmo, através do desenvolvimento e maximização do plano de prevenção e controlo da infeção em resposta às necessidades do contexto de cuidados à PSC e ou falência orgânica, no âmbito da pandemia SARS-COV-2 (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

Consciente da minha responsabilidade profissional, dos valores éticos e deontológicos, adquiro uma experiência única na intervenção especializada à PSC e/ou risco de falência orgânica através da gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos. (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018; Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou falência orgânica com dor aguda na unidade de cuidados intensivos

A experiência no cuidado à PSC na UCI é determinante no desenvolvimento de competências especializadas na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma. A UCI dispõe de protocolos de gestão da dor específicos, os quais determinam a garantia da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Pelo menos uma vez por turno, ou sempre que a situação clínica e intervenção justifique, é realizada a avaliação da dor. Conforme preconizado pela DGS no Plano Nacional da Luta Contra a Dor (DGS, 2003).

Dada a situação de instabilidade, procedimentos invasivos e técnicas de suporte hemodinâmico, a dor aguda na PSC na UCI é uma realidade. A PSC com incapacidade de comunicar verbalmente por alteração do estado de consciência, torna implícita a necessidade de avaliação dos enfermeiros sustentado em escalas de heteroavaliação.

De acordo com a situação clínica são utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: EVA, Escala de Faces, EN e BPS, descritas no primeiro capítulo. Segundo Doran (2011), a não utilização de escalas ou seu uso inadequado potencia a gestão ineficaz da dor.

O instrumento de registo *INNOVIAN* integra de forma contínua os sinais vitais avaliados numa base de dados, que possui campos de preenchimento para complemento do registo de enfermagem relativo avaliação da dor e intervenções farmacológicas e não-farmacológicas realizadas (posicionamento, mobilização, administração de analgesia, entre outros). Este instrumento, permite a consciencialização do impacto da intervenção especializada na evolução hemodinâmica da PSC. Promovo ao longo do estágio o registo contínuo em processo clínico da avaliação da dor em articulação com as intervenções realizadas e confiro evidência aos resultados obtidos junto da equipa multidisciplinar (Rigotti & Ferreira, 2005).

Ao aprofundar o meu conhecimento sobre este instrumento de registo, procuro a mobilização de habilidades e competência para a perceção e gestão da dor aguda e promoção do conforto. Condição imperativa em ambientes altamente tecnológicos, como a UCI (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

A “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica” (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018), permite-me para além da aprendizagem através da aplicação das escalas de avaliação, o reconhecimento de outros fatores na avaliação da dor, tais como: as respostas comportamentais

(expressão facial, postura adotada), respostas fisiológicas (taquicardia, taquipneia, aumento da pressão arterial, da pressão intracraniana, diaforese) ou perturbações da capacidade funcional (assincronia ventilador-pulmão). Os exemplos mobilizados, enquanto evidências de fisiológicas e emocionais de mal-estar, decorrem da análise reflexiva da prestação de cuidados na UCI. Em permanente articulação, com os conhecimentos sobre o bem-estar-físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da PSC (Kolcaba, 2003).

No âmbito da intervenção farmacológica a incidência na UCI da PSC sob sedoanalgesia com propofol, fentanilo ou dexmedetomidina, é naturalmente previsível mas não exclui a necessidade de bólus ou incremento. Decorre neste contexto de estágio, a oportunidade de aprofundar o meu conhecimento no âmbito da estratégia farmacológica, diferente da minha experiência profissional. Complemento o meu conhecimento sobre a intervenção farmacológica em partilha com a equipa multidisciplinar.

A equipa sustenta a abordagem estruturada e gradual da dor na escada analgésica modificada proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS,1986, citado por Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2007). Sendo fundamental, a intervenção especializada de enfermagem na gestão do esquema terapêutico em SOS ou na priorização de analgésicos prescritos com a mesma hora de administração.

Urden et al. (2014) salientam a incidência da dor nas UCI. A etiologia da dor não deve ser apenas remetida para a condição patológica, mas também deve ser considerada com origem nos procedimentos invasivos (EOT, colocação de cateter venoso central, suturas, punções venosas, drenos); ambiente (ruído, frio, imobilização prolongada em plano, posicionamentos, transferências e imobilizações). Deste modo, adquiro experiência na abordagem por sedoanalgesia preemptiva através do seguinte protocolo:

Tabela 1 - Protocolo de analgesia preemptiva da UCI

ANALGESIA PREEMPTIVA
• Fentanilo 50 a 100mcg (1 a 2ml) em bólus EV, cerca de 5 minutos antes do procedimento
• Morfina 2 a 5 mg em bólus EV, cerca de 10 minutos antes do procedimento
• Paracetamol 1000mg EV em bólus lento (15-20 minutos), cerca de 30 minutos antes do procedimento
• Cetorolac 10-30mg em bólus EV, cerca de 15 minutos antes do procedimento

Fonte: Adaptado de Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007)

Em resumo, a analgesia preemptiva é o conceito que remete para a administração de analgesia sempre que a realização de procedimentos se preveja dolorosa ou sempre que situação clínica preveja desconforto para a PSC (Barr et al.,2013).

Os instrumentos conferidos ao longo do 1º e 2º semestre do Curso de Mestrado contribuem para a minha tomada de consciência sobre o impacto da intervenção especializada nos contextos de prática clínica; a identificação dos enfermeiros e práticas de referência; e desenvolvimento de competências e habilidades promotoras da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019).

O cuidado à PSC neste estágio, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na gestão da dor aguda na PSC. Apesar da reduzida incidência da pessoa vítima de trauma neste contexto, uma experiência pontual constituiu a janela de oportunidade para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar na pessoa vítima de trauma, a partir das aprendizagens adquiridas.

Processo demonstrado através do jornal de aprendizagem realizado, no qual revelo competência na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, habilidades na implementação de intervenções e mobilização da equipa na gestão da dor aguda ajustada às necessidades da pessoa vítima de trauma. Torno como indicador de resultado do objetivo almejado, a realização de um estudo de caso a partir da situação de cuidados, anteriormente submetida ao crivo reflexivo do jornal de aprendizagem.

Segundo Benner (2005), o enfermeiro perito deve fazer uso de situações descritas como pragmáticas para o desenvolvimento de estudos de caso fulcrais ao processo de aprendizagem. Os casos paradigmáticos superam a transmissão de princípios

abstratos ou normas orientadoras, definem-se como estruturante para o processo de desenvolvimento de competências. Deste modo, o jornal de aprendizagem permite a estruturação da situação de cuidados, a partir da qual desenvolvi o estudo de caso proposto.

Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma

Consolido o processo de aprendizagem através da procura permanente pelo conhecimento sustentado e credível sobre forma a " proporcionar cuidados adequados nas mais recentes orientações científicas" (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363). Saliento, a participação nos eventos "*Webinar da American College of Surgeons* - Programa de Qualidade no Trauma: Tratamento da dor aguda no Trauma - Novas diretrizes de melhores práticas para o tratamento da dor aguda" e "Critical Trauma Management", os quais reuniram diversos peritos na área do cuidado à pessoa vítima de trauma. Esta perspetiva internacional sobre a temática da dor aguda no trauma, confere credibilidade, coerência e pertinência à escolha deste percurso.

Adquiro uma perspetiva única da intervenção especializada do enfermeiro no cuidado à pessoa vítima de trauma, o que me permite a antecipação de barreiras na gestão da dor aguda. Segundo os peritos, a incapacidade de revisão da intensidade da dor, a minimização da dor pelo profissional, a ausência de trabalho em equipa e a ausência de protocolos de analgesia, constituem as barreiras mais comuns na gestão da dor aguda no trauma (Pierik et al., 2015).

A intervenção especializada de enfermagem e os seus contributos para os programas de melhoria contínua hospitalar carecem de desenvolvimento. A realidade demonstra que apesar do contributo essencial, os enfermeiros não conferem evidência às intervenções desenvolvidas e permitem um reconhecimento tacitamente aceite e verbalizado mas pouco fundamentado (OE, 2013).

O estudo de caso permite a demonstração consolidada do conhecimento e habilidade no combate à dor na pessoa vítima de trauma através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas com o devido fundamento técnico-científico articulado com o referencial teórico de Katherine Kolcaba – Teoria do Conforto (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018; Kolcaba,2003).

Deste modo, através da adoção de uma perspetiva inovadora, estruturo o presente estudo de caso baseado no Guião para Organização dos Projetos de Melhoria

Contínua (OE, 2013). Reitero que os estudos de caso, e outros projetos desenvolvidos pelos enfermeiros, não devem ser aceites como um fim em si mesmos. Constituem instrumentos mensuráveis e operativos da eficiência, eficácia, segurança e responsabilidade dos indicadores de melhoria e qualidade dos cuidados prestados (Doran, 2011; OE, 2013).

Em consonância com o exposto, o estudo de caso surge assente na metodologia PDCA (Plan-Do-Check-Act) que confere uma abordagem sistemática, flexível e simples. Tendo sido estruturada de acordo com os seguintes subcapítulos: Identificar e descrever o problema; Perceber o problema e dimensioná-lo; Formular os objetivos e perceber as causas; Planear, executar as tarefas/atividades e verificar os resultados; Propor medidas corretivas, *standardizar* e treinar a equipa (OE, 2013).

O desenvolvimento fundamentado permite dar evidência: à descrição da situação clínica em análise; questões norteadoras; resumo dos problemas ou alterações identificadas; fundamentação para a tomada de decisão clínica de enfermagem; ações implementadas ou recomendadas; e alternativas ou propostas.

As intervenções foram estruturadas num plano de cuidados de enfermagem elaborado segundo linguagem uniformizada e padronizada. Os diagnósticos de enfermagem foram apresentados segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2015), os resultados esperados segundo a *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (Mooorhead, Johnson, Merdidean & Swanson, 2010) e as intervenções de enfermagem segundo a *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018).

Partilho o estudo de caso com a equipa da UCI através de um momento de partilha informal após a passagem de turno, procuro “atuar como formador oportuno em contexto de trabalho” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4749). A promoção deste momento sensibilizou a equipa para a oportunidade de melhoria dos cuidados no que se refere à avaliação terciária da PSC vítima de trauma na UCI.

Segundo Roessle et al. (2013), é fundamental que até às 24 horas após admissão na UCI todos os politraumatizados devem ser submetidos a avaliação céfalo-caudal para despiste de todas as lesões ou exames complementares de diagnóstico. A avaliação terciária reveste-se especial importância para o despiste de lesões ou hemorragias ocultas através dos seguintes indicadores: ausência de resposta à ressuscitação volémica, intolerância alimentar, incapacidade de desmame ventilatório

e disfunção de um órgão de novo e inesperado (Alpen & Morse,2001; Roessle et al., 2013;Varndell et al.,2017).

Atualmente, estou a conceber um poster interativo que possibilita o acesso via *QR code* a diversos vídeos explicativos e demonstrativos da avaliação sistémica e sistematiza da pessoa vítima de trauma. Dada a especificidade do instrumento, em partilha com os pares, conclui-se que a reduzida incidência do trauma nesta UCI inviabilizaria a sua regular utilização. Pelo que, estabeleço como perspetiva futura a melhoria dos cuidados à PSC vítima de trauma na urgência onde trabalho atualmente, através da criação de uma sala de trauma vocacionada para o cuidado à PSC vítima de trauma. Prevejo que este espaço consolide o processo de crescimento e desenvolvimento da equipa suportado na criação deste instrumento de consultadoria criativo e inovador.

Deste modo, construo este percurso de forma fluída, em articulação com a experiência que detenho na área do suporte avançado de vida no trauma. Em simultâneo, confiro evidência à "oportunidade de melhoria" (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, 4747) identificada através da compreensão intuitiva do contexto profissional. Conforme preconizado em unidade de competência, promovo "a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho" (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, 4750).

O exercício reflexivo permanente permite-me reconhecer dificuldades resultantes da evolução pandémica em Portugal, com a evidente escassez de recursos humanos e materiais. Todavia, a necessidade determinada pelo contexto de estágio tornou-se motivante para a aquisição de competências no cuidado à PSC e família a vivenciar este complexo processo de doença. Neste primeiro contexto de estágio, considero que os objetivos foram alcançados a partir das atividades e metas estabelecidas. Permitindo a aquisição de competências no desenvolvimento da intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor aguda, tendo como indicadores do Padrão de Qualidade do Cuidado em Enfermagem, o conforto e o bem-estar.

Estágio II – Serviço de Urgência

De acordo com o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências delineado, surge o segundo contexto de estágio num SU da zona metropolitana de Lisboa. Face ao exposto, torna-se pertinente o enquadramento prévio dos pressupostos legais e normativos nacionais que regem os serviços de urgência dando seguimento para uma perspetiva micro, com especial ênfase nas características deste SU em específico.

Os serviços de urgência a nível nacional, assumem uma estrutura física, logística e de recursos humanos capaz de garantir os cuidados necessários ao doente urgente e emergente (Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto,2014). Por definição, o doente urgente surge enquadrado numa situação clínica de instalação súbita, desde não grave a grave, com risco de falência orgânica. O doente emergente, define-se pela condição de compromisso de uma ou mais funções vitais decorrente de uma situação de instalação súbita (DGS, 2001).

As diferentes situações clínicas atendem a diferentes níveis de cuidados, pelo que, surge a necessidade de estratificação dos níveis de urgência hospitalar de acordo com a capacidade de resposta. O Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto (2014) apresenta os diferentes níveis de urgência por ordem crescente face aos recursos e capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Os SUP assumem a resposta com maior nível de diferenciação e centralizam um maior número de valências clínicas, nomeadamente, radiologia de intervenção, cirurgias cardiotorácica, maxilo-facial, plástica/reconstrutiva e vascular. Estes últimos, permitem a definição do SUP como Centro de Trauma (CT). O CT, distingue-se pelo cuidado especializado e reúne a responsabilidade sobre o tratamento sistematizado e definitivo ao doente politraumatizado grave. Aos CT são referenciados os doentes a incluir na Via Verde Trauma (VVT) (Despacho nº 10319/2014 de 11 de Agosto,2014).

A VVT, surge enquadrada num Sistema de Resposta Rápida (Vias Verdes) que visa a melhor articulação entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar, melhoria dos tempos de resposta e gestão de recursos. Este último, resulta da referenciação para as unidades com capacidade de resposta face às necessidades identificadas.

Na organização dos cuidados hospitalares à PSC politraumatizada, consigna-se a existência de salas de reanimação dotadas de dispositivos de monitorização e intervenção necessários ao suporte hemodinâmico. As equipas de trauma que atuam

na sala de reanimação devem integrar pelos menos dois enfermeiros com experiência em cuidados de emergência e suporte avançado de vida adulto e pediátrico, fatores que ditam a relevância da intervenção contínua e especializada de enfermagem (DGS, 2010).

O SU onde realizei o estágio classifica-se como um SUP, detém reconhecimento nacional como CT e larga experiência demonstrada na VVT. Características que evidenciam a relevância do contexto para a minha prática clínica, de acordo com o objetivo geral delineado: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma. Segundo Benner (2005), a elevada casuística verificada num dado contexto torna-se determinante para o processo de aquisição de competências, discernimento clínico e desenvolvimento profissional.

O SUP situa-se no distrito de Lisboa, sendo uma unidade de referência no cuidado urgente e emergente. Face à pandemia SARS-COV-2, à data de realização do estágio, o SUP surge com uma nova organização, da qual se salienta a existência de uma unidade, exterior às instalações da urgência, destinada ao atendimento exclusivo de doentes com suspeita ou confirmação de doença COVID-19.

O SU-COVID é constituído pelos seguintes sectores: gabinete administrativo destinado ao processo administrativo decorrente da admissão de doentes; triagem/pré-COVID – dispõe de seis unidades destinadas ao processo de Triagem de Manchester, colheita de história clínica, exame físico sumário e reavaliação de sinais vitais; zona de observação – constituída por nove quartos de isolamento, dezassete unidades, sala de reanimação e sala de imagiologia; zona de apoio – destinada ao armazenamento de material e apoio logístico para o equipamento de proteção individual (EPI).

O interior do SUP surge organizado em duas áreas principais: ambulatório e internamento.

A área de ambulatório é constituída pelos seguintes sectores: triagem, salas de reanimação, salas de espera para doentes com prioridade laranja/verde/amarelo e respetivas salas de tratamento de enfermagem e gabinetes de cirurgia e ortopedia. Surge ainda a urgência de psiquiatria, todavia a gestão deste sector é garantida pela equipa multidisciplinar do internamento de psiquiatria da unidade hospitalar.

A área de internamento refere-se à Sala de Observações (SO), sendo constituída por dezasseis unidades com capacidade de monitorização hemodinâmica

invasiva e não-invasiva. Preconiza-se que estas unidades sejam destinadas ao internamento de curta duração e posterior transferência para unidades de internamento, bloco operatório, unidade de diálise, unidade de hemodinâmica ou serviços de medicina intensiva.

A equipa de enfermagem divide-se em quatro equipas de vinte-cinco elementos, entre os quais, surge o enfermeiro-chefe de equipa, o enfermeiro-coordenador de SO e o enfermeiro-coordenador do circuito COVID-19. Esta equipa, surge integrada num grupo multidisciplinar, constituído por assistentes operacionais, equipas médicas fixas de medicina e cirurgia, equipas de apoio de diversas especialidades, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de radiologia e auxiliares de limpeza.

Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou risco de falência orgânica e família

O Despacho nº10319/2014 de 11 de Agosto (2014), prevê nos enunciados descritivos dos recursos humanos do SU a existência dos enfermeiros especialistas em enfermagem à PSC detentores das competências gerais e específicas definidas pela OE. No cuidado à PSC no SU, o enfermeiro especialista revela-se fulcral na garantia de cuidados altamente qualificados e contínuos para o suporte das funções vitais, prevenção de complicações e limitação das incapacidades, com vista à recuperação total (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).

O reconhecimento da intervenção do enfermeiro, demonstra-se fundamental para o processo de integração na equipa de enfermagem do SU no cuidado à PSC e/ou falência orgânica e família. O processo inicial de conhecimento da organização e dinâmica decorreu através da observação participada nos cuidados de enfermagem prestados. Considerei pertinente para a consecução dos objetivos delineados a prestação de cuidados de enfermagem nos seguintes setores: triagem, salas de reanimação, sala de tratamentos dos doentes com prioridade laranja, SO e área COVID-19. A escolha dos sectores decorreu da análise, partilha e discussão com a enfermeira-orientadora sobre o percurso da PSC no SU.

A experiência prévia no cuidado à PSC permitiu uma rápida integração, coerente e sólida na equipa de enfermagem. Conferindo a possibilidade de triagem autónoma da PSC através do sistema de Triagem de Manchester. Este processo baseia-se na priorização clínica através de fluxogramas e discriminadores previamente estabelecidos. Os níveis priorização de acordo com o problema

identificado podem ser: azul (não urgente), verde (pouco urgente), amarelo (urgente), laranja (muito urgente) e vermelho (emergente) (GPT, 2010).

A consulta de normas, políticas e protocolos permitiu a consolidação de conhecimentos sobre o circuito e encaminhamento da PSC, condição que considerei fundamental para a identificação e atuação perante focos de instabilidade clínica no âmbito do cuidado especializado (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018). Saliento a participação no processo de preparação das salas de reanimação, nomeadamente, a revisão diária dos carros de reanimação e testes operacionais dos ventiladores. Segundo os autores Owen, Hemmings e Brown (2009), a complexidade do cuidado nas salas de reanimação exige medidas de planeamento, com vista à prevenção do erro e promoção da segurança. “Criar e manter um ambiente terapêutico seguro” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019,p.4747) é umas das competências enunciadas pela OE no domínio da melhoria contínua da qualidade das competências gerais do enfermeiro especialista.

Neste seguimento, Kolcaba (2003) admite a gestão do ambiente de prestação de cuidados como uma atitude intencional necessária à gestão eficaz da dor aguda e promoção do conforto e bem-estar. Sendo este último, um resultado sensível aos cuidados de enfermagem e parte integrante dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002).

O desenvolvimento de cuidados especializados na admissão, estabilização e transferência da PSC na sala de reanimação foi essencial para o meu processo de aprendizagem. Permitiu o contato com diferentes meios e equipas do pré-hospitalar, dos quais saliento, as equipas de ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), da VMER e de Helitransporte do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Os diferentes meios de emergência pré-hospitalar estão em permanente articulação com o intra-hospitalar e evidenciam a intervenção do enfermeiro nas várias vertentes do cuidado à PSC.

A transmissão de informação na sala de reanimação é realizada à cabeceira da PSC sem recurso ao registo escrito, sendo exclusivamente oral. Saliento que tive alguma dificuldade na apreensão da informação transmitida pelas equipas do pré-hospitalar, sobretudo pelo ruído existente nas salas de reanimação durante a admissão da PSC. Mediante a partilha e discussão com a enfermeira-orientadora, reuni estratégias para o desenvolvimento do meu discernimento clínico, através do

processo de escuta ativa, seleção da informação, prevenção de eventos adversos e garantia da continuidade dos cuidados (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011).

A partilha e interação com os diversos enfermeiros peritos dos diferentes meios permitiu alargar a minha visão sobre a PSC, reconstruir o meu conceito de cuidar e adquirir novas e melhores habilidades. Segundo Carvalho (2016), a promoção da autoconfiança decorrente da interação nos contextos de prática clínica revela-se essencial para a construção da identidade pessoal e desenvolvimento de competências.

Durante o estágio, a prestação de cuidados à PSC em situações emergentes e urgentes contribuiu para a construção de uma resposta pronta e antecipatória a diferentes focos de instabilidade, entre os quais, saliento: paragem cardiorrespiratória com utilização do dispositivo de compressão automática externa; exaustão respiratória com perda de patência de via aérea e necessidade de entubação-orotraqueal; cuidados urgentes no âmbito da Via Verde Acidente Vascular Cerebral e Via Verde Coronária; disritmias com sinais de instabilidade hemodinâmica; cuidado à pessoa vítima trauma com instabilidade de uma ou mais funções vitais.

Face às inúmeras situações, demonstrei competência na gestão de protocolos terapêuticos complexos, nomeadamente, na monitorização e vigilância da PSC, atuação mediante protocolos de suporte avançado de vida e trauma, e execução de cuidados técnicos de alta complexidade. A título de exemplo, a abordagem de via aérea difícil, pericardiocentese de emergência e o suporte ventilatório invasivo e não-invasivo. Demonstrei conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos. Acresce a minha intervenção nos processos de transferência intra-hospitalar para os serviços de imagiologia, internamento e medicina intensiva, garantindo a vigilância, segurança e continuidade dos cuidados.

A minha visão clínica sobre a PSC, permitiu o diagnóstico atempado de complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos e respetiva comunicação à equipa multidisciplinar. Em análise, reconheço o nível proficiente descrito por Benner (2005), sobretudo pela capacidade de identificar os sinais de alarme previamente à mudança explícita das funções vitais. Num caminho pautado pela dedicação para alcançar a sabedoria descrita no nível da enfermeira perita, capaz de reconhecer alterações subtis através do entendimento global sobre as situações.

As diversas situações vivenciadas, permitiram a consolidação de competências essenciais à construção de uma resposta imediata e sustentada. Esta capacidade de adaptação, resulta da mobilização de recursos internos como o curso de Triagem de Manchester, conhecimentos adquiridos no cursos International Trauma Life Support (ITLS) e Advanced Trauma Care Nurses ([ATCN]- Anexo V) e a experiência no cuidado à PSC no SUMC e na VMER.

Todavia, os recursos internos descritos seriam manifestamente insuficientes perante os desafios de uma catástrofe. De acordo com a Lei de Bases da Proteção Civil, a catástrofe define-se como um "acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional"(Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018,p.19362).

Perante a exiguidade dos recursos humanos e materiais, o impacto no tecido socioeconómico e acima de tudo, na qualidade dos cuidados prestados num Sistema de Nacional de Saúde (SNS) em eminente rutura nacional, classificava-se em Assembleia da República (AR) a pandemia SARS-COV-2 como uma catástrofe (Decreto de Lei nº 44/86 de 30 de Setembro da Assembleia da República, 2020). Uma catástrofe com impacto único e ímpar na história dos cuidados de enfermagem em Portugal.

Perante a assunção nacional de catástrofe, cada unidade hospitalar procedeu de acordo com o Plano de Emergência Externo protocolado. O PEE visa garantir uma eficaz atuação e utilização dos recursos humanos e materiais em caso de afluxo maciço de doentes ao SU, diminuindo os índices de mortalidade e morbilidade. A consulta e análise do PEE do SUP, permitiu-me compreender os três níveis de ativação. No nível I, a resposta hospitalar é construída com base nos meios habitualmente disponíveis. No nível II, decorre ativação de recursos do hospital. Por fim, no nível III a resposta é efetivada com recursos mobilizáveis em situação de grande emergência, nos quais se incluem meios do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

A minha experiência prévia na construção do plano de catástrofe hospitalar e organização de exercícios permitiu a consolidação de competências na dinamização da resposta a esta situação de catástrofe com ativação do nível III no PEE do SUP. Tive a oportunidade de observar e cooperar no processo de gestão da equipa alocada

ao SU-COVID com a enfermeira-orientadora. Oportunidade fulcral para a aquisição de competências específicas no processo de liderança, atribuição de funções, avaliação da articulação e eficiência da equipa, definição de prioridades, comunicação em emergência, adequação das respostas face à evolução dinâmica da situação de catástrofe e gestão dos protocolos de prevenção e controlo de infeção (ESEL, 2010; Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).

Esta função de gestão demonstrou-se fundamental perante o risco real de infeção, sendo subjacente à prestação de cuidados nas áreas do SU-COVID a maximização da intervenção na prevenção e controlo de infeção. Através de protocolos de colocação e remoção do EPI e circuitos estabelecidos pela equipa de enfermagem. Neste sentido, tive oportunidade de partilhar com a equipa os protocolos instituídos na SUMC onde exerço funções e contribuir para a discussão e medidas de melhoria dos protocolos existentes.

A exigência do cuidado à PSC revela-se não só nestes momentos de imprevisibilidade e necessidade de intervenção imediata, mas também, na necessidade de gestão de protocolos terapêuticos complexos em equipa. O trabalho em equipa é condição s*ine qua non* para a promoção dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no SU (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018; OE, 2001). De acordo com Santos, Grilo, Andrade, Guimarães e Gomes (2010), o nível de qualidade de uma dada equipa deve superar a qualidade individual, sendo determinante a capacidade de comunicação interpessoal. Ferreira, Brás e Barbieri (2016) acrescentam, que as equipas que detêm a missão de cuidar devem demonstrar qualidades exímias de comunicação interpessoal e trabalho em equipa, sobretudo pela condição de vulnerabilidade da PSC e família.

A imprevisibilidade associada às situações de emergência e urgência, contribui para os sentimentos de medo, receio e ansiedade da PSC e família. Segundo Benner et al. (2011), no cuidado à PSC o enfermeiro deve conceber a família como elementos preponderantes da relação terapêutica. A alta complexidade dos cuidados prestados nas salas de reanimação tende a ser o foco de atenção dos profissionais, com a consequente desvalorização do processo de comunicação que induz a construção de "barreiras de comunicação" (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363).

Na prestação de cuidados, promovi a comunicação com a PSC e família na sala de reanimação, identificando estratégias facilitadoras com a necessária

adaptação à complexidade do estado da PSC e/ou falência orgânica (OE, 2008). Em complemento, Kolcaba (2003) salienta que o estado ótimo de saúde é definido pelo cliente, família e comunidade. Inspirada no princípio descrito por Kolcaba (2003) decorre o exercício reflexivo concretizado num jornal de aprendizagem que revela de forma autêntica o modo como geri "a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde" (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363). Perante uma situação com especial impacto, assegurei estratégias de comunicação como a escuta ativa, reafirmação verbal de solicitude e questões abertas, para gerir a ansiedade e medos vividos pela PSC e família (Phaneuf, 2005).

Deste modo, o enfermeiro perito no cuidado à PSC e família, revela a perícia do cuidar em enfermagem que o torna dissonante da entropia causada pelo elevado número de profissionais com tendencial foco na lesão física. A intervenção especializada de enfermagem garante o início e a continuidade da relação terapêutica durante a permanente mudança de ambiente de cuidados (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).

As atividades desenvolvidas permitiram a concretização do objetivo específico delineado com evidente relação entre o planeamento e à ação. Em análise, a concretização do objetivo específico traduz um maior efeito no processo de aquisição e desenvolvimento de competências para obtenção do grau de mestre pela ESEL.

Em conclusão, considero atingidos os seguintes objetivos e competências do Curso de Mestrado na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica: "Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional"; "Maximizar a intervenção na prevenção, controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica"," Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação; "Cuidar da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e/ou falência orgânica" (ESEL, 2010).

Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou falência orgânica com dor aguda no serviço de urgência

A dor é altamente prevalente na PSC vítima de trauma. Segundo Mota et al. (2019), os estudos mais recentes demonstram que 70% das pessoas vítimas de trauma no pré-hospitalar revelam dor aguda. No *continuum* da pessoa vítima de

trauma, do pré-hospitalar à unidade de cuidados intensivos, a dor aguda é um problema persistente onde a 60% a 80% das pessoas vítimas de trauma revelam o tratamento ineficaz da dor aguda (Mota et al., 2019)

No cuidado à PSC vítima de trauma, considerei pertinente numa fase inicial conhecer as particularidades da VVT no SUP. A ativação da VVT poderá ocorrer no pré-hospitalar ou no intra-hospitalar através do protocolo de Triagem de Manchester. Deste modo, adquiri novos conhecimentos sobre os critérios de ativação da Equipa de Trauma no meio intra-hospitalar. Esta ativação surge sustentada em critérios absolutos ou relativos. Os critérios absolutos referem-se aos sinais vitais, estado de consciência e anatomia da lesão. Os critérios relativos integram a energia e mecanismo de lesão e os fatores de comorbilidade.

Na avaliação primária e secundária da PSC vítima de trauma, o enfermeiro especialista detém a sua avaliação para os seguintes focos de instabilidade: Glasgow Coma Scale (GCS) inferior a 14 ou diminuição de dois ou mais pontos desde do acidente, deterioração clínica/neurológica no SU, traumatismo crânio-encefálico (TCE) com fratura do crânio e afundamento da calote, trauma da coluna vertebral com sinais focais de traumatismo vertebro medular, trauma penetrante, retalho costal, traumatismo toracoabdominal fechado por mecanismo de grande cinética, hemorragia arterial, sinais/sintomas de choque, queimaduras major com área de superfície corporal queimada superior ou igual a 9% e história de enforcamento, submersão ou afogamento.

Apesar dos focos de instabilidade definidos, o enfermeiro especialista intervém de forma sustentada e poderá fundamentar a ativação da VVT com base nos seus próprios critérios que determinam o julgamento clínico.

Para Tanner (2006) e Lasater (2011), o julgamento clínico permite a identificação das necessidades que se traduz no processo de tomada de decisão baseado em intervenções ajustadas. A resposta da pessoa vítima de trauma, medeia e reajusta as intervenções de enfermagem, as quais não seguem um padrão linear, mas sim um padrão de inovação que permite o desenvolvimento de novas formas de intervir na pessoa vítima de trauma com dor aguda.

Neste sentido, durante o estágio tive a oportunidade de proceder a avaliação primária e secundária da pessoa vítima de trauma, definir os critérios de ativação da VVT e identificar sinais fisiológicos e emocionais de mal-estar. Procedi à triagem e encaminhamento da pessoa vítima de trauma minor, moderado e grave, através da

mobilização dos “conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta à necessidades da pessoa em situação crítica” (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363)

Neste percurso clínico, o cuidado à pessoa vítima de trauma revelou-se emocionalmente exigente e desafiador ao intervir em equipa. O apelo foi permanente e exigiu a construção de respostas imediatas e imprevisíveis a inúmeras situações que comportavam risco de vida. A construção deste nível de resposta advém do exercício de permanente de reflexão na ação e sobre a ação, promotores da aprendizagem experiencial (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). A reflexão sobre a experiência permite-me identificar dois momentos fulcrais para a gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: a avaliação da dor aguda e a intervenção farmacológica e não farmacológica na gestão da dor.

A avaliação da dor da pessoa vítima de trauma no SUP é realizada através de escalas de autoavaliação (Escala Numérica e Escala de Faces), sendo incluída nos discriminadores dos fluxogramas de Triagem de Manchester. A classificação da dor em severa, moderada ou ligeira é um critério preditor da gravidade clínica e por isso, determina a prioridade de atendimento.

A dor severa determina a atribuição da prioridade muito urgente (cor laranja), a dor moderada determina a prioridade urgente (cor amarela) e a dor ligeira prioridade pouco urgente (cor verde). Denote-se, o reconhecimento expresso em guidelines internacionais sobre o impacto da dor aguda na pessoa vítima de trauma com consequente deterioração clínica (GPT, 2010).

Segundo os autores Butti et al. (2017), a existência de protocolos de analgesia na triagem contribui para diminuir a incidência da dor aguda conducente a um maior índice de satisfação. No SUP não estão instituídos estes protocolos, pelo que tive oportunidade de dar a conhecer à equipa os protocolos de analgesia instituídos no SUMC onde exerço funções, sendo uma oportunidade de melhoria a considerar.

De acordo com o GPT, o processo de Triagem de Manchester tem integrado na definição dos discriminadores a escala Revised Trauma Score. Esta escala de pontuação da gravidade no trauma foca-se em três variáveis: GCS, frequência respiratória e a pressão arterial sistólica (GPT, 2010). A partir desta escala, promovi a partilha e discussão sobre o impacto da dor aguda nos sinais vitais obtidos na avaliação da pessoa vítima de trauma. Este momento decorreu durante o turno e permitiu reunir seis elementos da equipa de enfermagem. Contrariando a minha

perspetiva, os momentos informais ao longo do meu percurso, por força da situação pandémica, revelaram um maior interesse, participação, discussão e envolvimento dos pares. Numa perspetiva futura, considero que será uma metodologia a utilizar na promoção da aprendizagem no meu contexto de trabalho.

A opinião comum dos enfermeiros peritos do SUP, incide sobre a ausência de escalas de pontuação da gravidade no trauma que incluam a parametrização da dor. Por outro lado, os registos de enfermagem na avaliação dos sinais vitais da pessoa vítima de trauma decorrem sobretudo por alteração de quatro funções vitais: "hipertensão/hipotensão", "bradicardia/taquicardia", "taquipneia/bradipneia" e "hipotermia/hipertermia", sem relação descrita com o nível de dor aguda subjacente às alterações. Segundo os mesmos, a relação entre a dor aguda e a instabilidade hemodinâmica trata-se de um raciocínio intuitivo dos enfermeiros peritos na prestação de cuidados.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), a eficácia das intervenções é determinada pela continuidade das mesmas através do registo das observações, monitorização, intervenções realizadas e resultados obtidos. Deste modo, promovi a mudança no contexto de prática clínica através da evolução do registo de enfermagem organizado pelo "ABCDE" para o registo "ABCDEFGHI" (ENA, 2015). Ao intervir na avaliação e estabilização da pessoa vítima de trauma no SUP, efetuei o registo de enfermagem organizado, fundamentado e rigoroso, promotor da continuidade dos cuidados prestados (ENA, 2015).

Este processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, descrito no cumprimento das atividades estabelecidas, denuncia um corpo de conhecimento assente nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; e da gestão de cuidados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019). Todavia, neste processo decorre igualmente a promoção do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais com a clara intrusão com as categorias que estruturam as competências em enfermagem avançada: clínica, relacional, investigação, consultadoria e colaboração (Canadian Nurses Association [CNA], 2008).

Os resultados obtidos na RIL, permitiram a identificação das intervenções de enfermagem farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor aguda da PSC vítima de trauma. A evidência científica identificada descreve a fisiologia multifatorial da nocicepção como altamente complexa e que requer uma intervenção multimodal.

Deste modo, os enfermeiros devem aprofundar o conhecimento sobre as intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Polomano et al., 2017).

Numa lógica de permanente relação entre a teoria e a prática com a promoção da translação do conhecimento, procedo à análise das intervenções desenvolvidas durante o estágio de acordo com os resultados obtidos no processo de investigação.

A intervenção farmacológica de enfermagem é descrita como essencial na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma decorrente da avaliação da dor sustentada em escalas de auto e heteroavaliação, administração, vigilância e segurança da terapêutica analgésica (Papathanassoglou et al., 2018; Polomano et al., 2017).

O estudo desenvolvido por Porter, Morlion, Rolfe e Dodt (2019), revela a identificação dos fatores que influenciam a escolha na analgesia na gestão da dor aguda no trauma no pré-hospitalar e serviços de urgência. Atendendo à subvalorização da dor no trauma, os autores consideraram pertinente reunir os peritos na área sobre forma a obter o Consensus On Management of Pain Caused by Trauma (COMPACT). Concluem que fatores como a eficácia, segurança, contraindicações, tempo de semivida, nível de dor e potenciais interações entre os analgésicos, são determinantes na gestão da dor aguda no trauma.

Os carros de reanimação dispostos nas salas de reanimação reúnem os fármacos de 1ª linha a utilizar numa situação de emergência. Os protocolos existentes determinam a necessidade de revisão diária de toda a constituição e teste do desfibrilhador, os enfermeiros deverão utilizar uma check-list construída para o efeito. Intervim de forma autónoma no processo de revisão diária e promovi a revisão em equipa dos fármacos analgésicos mais frequentes, principais efeitos secundários, doses recomendadas e efeitos colaterais mais comuns, indo ao encontro os fatores descritos pelo COMPACT (Porter et al., 2019).

No SUP intervim no controlo farmacológico da dor aguda da pessoa vítima de trauma através da administração de fármacos analgésicos opióides e não-opióides ajustados à avaliação da dor. Promovi a monitorização da dor e reavaliação permanente. Saliento, a prestação de cuidados numa situação de enforcamento com necessidade de suporte ventilatório invasivo com a oportunidade de mobilização dos "conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedoanalgesia" (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) distingue as intervenções de enfermagem em autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são única e exclusivamente da responsabilidade do enfermeiro na prestação de cuidados, no ensino, na formação ou na assessoria. Em oposição, as intervenções interdependentes decorrem de planos de ação definidos pelas equipas e das prescrições formalizadas (OE, 2015). Deste modo, apesar da intervenção farmacológica ser classificada como uma intervenção interdependente não deve reduzir o envolvimento do enfermeiro, sendo parte essencial na gestão da dor aguda. Denote-se que sem o envolvimento do enfermeiro, as prescrições não passam disso mesmo, sendo a intervenção especializada a ponte necessária e efetiva para a prestação de cuidados e melhoria do *outcome* (Doran, 2011).

Em aprendizagem com os enfermeiros peritos, adquiri conhecimento sobre as seguintes particularidades da analgesia em situações de trauma: a)necessidade de administração concomitante da cetamina com uma benzodiazepina pelo efeito alucinogénio produzido, sendo contraindicado em situações de TCE; b) evitar administração de analgésicos como o tramadol nas situações de politraumatismo grave sob imobilização em plano, pelo efeito secundário emetizante, por isso a necessidade de associação com antiemético; c) fármacos como o propofol são apenas sedativos pelo que a sua administração deve ser combinada com analgésicos opióides como o fentanil, pois só assim se consegue a gestão eficaz da dor aguda da pessoa vítima de trauma sob sedação (ATCN, 2013; Elliott, Aitken & Chaboyer,2012; Urden et al.,2014). Estes conhecimentos específicos foram fundamentais para o meu crescimento profissional na "gestão de medidas farmacológicas" (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p.19363).

A abordagem farmacológica exclusiva é ineficaz na gestão da dor na pessoa vítima de trauma e admite-se que a gestão eficaz da dor requer uma abordagem permanentemente farmacológica e não-farmacológica (Polomano et al., 2017).

À luz do referencial teórico de Kolcaba (2003), considerei pertinente integrar as intervenções desenvolvidas no âmbito da gestão da dor na pessoa vítima de trauma com as dimensões da Teoria do Conforto. A intervenção especializada de enfermagem adquire resultados nas quatro dimensões: física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Quanto à dimensão física, identifico as seguintes intervenções desenvolvidas: a crioterapia nas situações de trauma da articulação tibiotársica; imobilização em

casos de suspeita de fratura do punho/ fratura do colo do fémur; e elevação das extremidades numa situação de esfaqueamento com hemorragia arterial resultante (Elliott et al., 2012; Society of Trauma Nurses [STN], 2013;Urden et al., 2014).

Na dimensão psicoespiritual e sociocultural identifico: comunicação permanente; técnicas de distração em situações de elevado stress e ansiedade através do apelo a tarefas cognitivas mais exigentes. Mediante a colocação de questões abertas, dirigidas ao quotidiano e a elementos significativos; a promoção da presença da família ou pessoa significativa na sala de reanimação; a preservação da permanência de objetivos significativos com expressão religiosa ou cultural (Elliot et al., 2012; Elkbuli et al., 2019; Urden et al., 2014).

Por último, na dimensão ambiental identifico as seguintes intervenções: redução do tempo de permanência em plano rígido; reajuste do material de imobilização, a título de exemplo, remoção do colar cervical mediante estabilização manual e reaplicação se justificável; revisão periódica dos dispositivos de imobilização aplicados; remoção de vestuário molhado, justo ou outro promotor de desconforto; controlar o ambiente da sala de reanimação através de fatores como a luminosidade, ruído e temperatura (Elliott et al., 2012; STN, 2013;Urden et al., 2014).

A intervenção especializada de enfermagem com base no conhecimento sustentado e ajustado às necessidades, contribui permanentemente para o bem-estar da pessoa vítima de trauma. Os relatos reais experienciados são disso exemplo: “que alívio”, “estou muito melhor assim” e “obrigado por falar comigo”. Na minha perspetiva, estes relatos constituem resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, promotores dos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2003).

No “uso de evidência e normas necessárias para avaliação da qualidade” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4747), procedo a análise crítica do Registo de Trauma utilizado como instrumento de registo nos cuidados à pessoa vítima de trauma na sala de reanimação. O instrumento é construído de acordo com avaliação ABCDEFGHI reiterada pelas *guidelines* mais atuais na área do trauma, contudo o foco da minha análise surge no campo de preenchimento referente ao “G – Medidas de Conforto”. Em discussão e partilha com a equipa, constato a reduzida adesão dos enfermeiros peritos ao preenchimento deste campo. Ao rever os registos efetuados verifico o preenchimento dos campos “sim” ou “não” em resposta às questões: “analgesia?” e “medidas não farmacológicas?”. E a total ausência de

preenchimento das linhas em aberto destinadas à especificação da intervenção realizada.

Com base nos argumentos apresentados, a minha proposta de intervenção no SUP suporta-se na atualização do Registo de Trauma, através da introdução de uma tabela (Tabela 2) com as intervenções identificadas na RIL. A existência de campos de preenchimento fechados, segundo a opinião dos enfermeiros peritos, irá promover a adesão e conferir evidência às intervenções desenvolvidas no âmbito da gestão da dor da pessoa vítima de trauma.

Tabela 2- Proposta de atualização do campo "G – Medidas de Conforto" do Registo de Trauma

Medidas não-farmacológicas		Otimização de imobilizações
		Posicionamento
		Crioterapia
		Aplicação de calor
		Musicoterapia
		Técnicas de distração

A construção da tabela permitiu aplicar o conhecimento adquirido no contexto de prática clínica. Em introspeção, construi uma estratégia de melhoria e promovi a "aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências" (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019,p.4749) na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma.

A construção do saber-estar, saber-fazer e saber-ser do enfermeiro decorre da reflexão complexa e impreterível sobre as práticas. É através do exercício crítico-reflexivo que o enfermeiro garante avaliação das necessidades e otimização de respostas, em processos complexos como a gestão da dor aguda na PSC (Abreu, 2008; Boterf, 2003; Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).

Através do exercício reflexivo, estruturado no jornal de aprendizagem, adquiro maior consciência da minha prática na promoção do cuidado centrado na pessoa. Sendo este último, a condição necessária para a gestão eficaz da dor aguda e promoção de conforto. O exercício reflexivo, permitiu-me tornar evidente a complexidade de "olhar para além" de um objeto empalado na região cervical, e do qual resulta o risco de perda de patência de via aérea. Do ponto de vista técnico-

científico, é evidente a complexidade, todavia a intervenção especializada de enfermagem deve reunir competências e habilidades que confiram resposta às necessidades reais, que se perspetivam para além da lesão traumática.

O cuidado centrado na pessoa estabelece pré-requisitos que se concentram nos atributos dos enfermeiros e incluem ser profissionalmente competente, o desenvolvimento de habilidades interpessoais, o envolvimento no cuidar e o aprofundamento no processo de conhecimento dos valores e crenças individuais (McCormack & McCance, 2010). A componente técnica exclusiva é ultrapassada e admite-se uma atitude de envolvimento do enfermeiro, flexibilidade no pensamento e adaptação do ambiente de cuidados atendendo à singularidade do cuidado à pessoa vítima de trauma.

Esta atitude de envolvimento no cuidado centrado na pessoa vítima de trauma, distingue a intervenção especializada de enfermagem na gestão eficaz da dor aguda. As intervenções farmacológicas e não-farmacológicas identificadas são comummente utilizadas no quotidiano dos cuidados de enfermagem, mas é sobretudo, o sentido de cuidar, o envolvimento e o ir para além das interpretações existentes que permite ao enfermeiro perito atingir a primazia no cuidado da PSC vítima de trauma.

Em suma, considero que as atividades planeadas permitiram a concretização do objetivo específico estabelecido. Em simultâneo, vejo explanado na reflexão sobre o percurso no SUP a aquisição de competências determinantes na obtenção do grau de mestre pela ESEL. De entre as quais, saliento: “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”, “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio clínico”, “refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” e “elaborar projetos de investigação coerentes” (ESEL, 2010).

Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma

Segundo o CNA, a enfermagem avançada é definida na competência de investigação pela capacidade de o enfermeiro perito gerar conhecimento, sintetizar e mobilizar a evidência produzida para a prática clínica. Esta capacidade surge expressa nas seguintes habilidades e intervenções: identificar e implementar a evidência científica na melhoria do cuidado ao cliente, organizações e sistemas; colaborar na investigação como investigador primário ou colaborador em projetos relevantes para comunidade científica com valorização dos benefícios da intervenção

especializada; promover a prática de enfermagem em permanente evolução de acordo com a evidência científica produzida; criticar, interpretar, aplicar e promover novos conhecimentos; contribuir para o aumento do conhecimento em enfermagem através da disseminação informal e formal do conhecimento, incluindo apresentações e publicações em contexto local, regional, nacional ou internacional (CNA, 2008).

Numa perspetiva local considero que o percurso contruído no SUP promoveu a partilha e disseminação do conhecimento sobre a temática da gestão da dor aguda. Dada a pandemia atual por SARS-COV-2, senti a dificuldade de não poder promover uma sessão de formação formal. Todavia, esta dificuldade surge contornada na atuação como "formador oportuno em contexto de trabalho" (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4749) através dos momentos de partilha informal. Apesar do meu receio na eficácia da metodologia utilizada, considero que a adesão dos profissionais, a abertura e o espírito crítico revelado, demonstram um maior contributo dos momentos informais quando comparados com os momentos formais normalmente utilizados. O impacto da formação informal desenvolvida é considerado através da opinião partilhada pela equipa de enfermagem e observação participada das novas práticas desenvolvidas no âmbito da gestão da dor.

Em reflexão sobre a partilha informal, saliento os momentos de aprendizagem na sala de reanimação com as equipas de enfermagem da ambulância SIV e VMER. Através destes momentos, tomo conhecimento de novas medidas analgésicas a introduzir no pré-hospitalar, nomeadamente, a administração de metoxiflurano por via intra-nasal para alívio em situações de emergência na PSC vítima de trauma com dor moderada e grave. Apesar da fase de avaliação pela indústria farmacêutica, o metoxiflurano introduz um novo paradigma na gestão da dor aguda ao diferir da comum abordagem por via endovenosa de fármacos como o paracetamol, metamizol, fentanilo ou morfina. Tomo conhecimento da necessidade de atualização dos fluxogramas de atuação perante a dor aguda no pré-hospitalar e do possível contributo do trabalho por mim desenvolvido para este processo no INEM.

A partilha e discussão em equipa permitiu-me dar a conhecer a escada analgésica preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) citado pelo Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007). Recordo que o meu conhecimento sobre a escada analgésica foi adquirido através do estágio realizado na UCI. Esta escada baseia-se no tratamento da dor em três degraus, sendo o primeiro referente aos analgésicos anti-inflamatórios

não-esteróides e outros analgésicos, como o paracetamol e o metamizol. O segundo degrau permite a introdução de analgésicos fracos como o tramadol, regularmente administrado no SUP. E por último, a classe dos opióides fortes, de que são exemplos na realidade do SUP a morfina e o fentanilo (IASP, 2020). Deste modo, promovi a sensibilização dos profissionais para a melhor articulação com os cuidados iniciados no pré-hospitalar, particularmente, o cumprimento da escada analgésica de acordo com a dose, hora e via de administração dos fármacos analgésicos previamente utilizados no pré-hospitalar.

O meu trabalho de investigação em enfermagem surge representado na conclusão da RIL e exposição nacional e internacional dos resultados obtidos. A nível nacional, promovi a disseminação do conhecimento através da comunicação oral no *II Ciclo de Webinar de Investigação em Enfermagem 2021* promovido pela OE no dia 24 de Março de 2021 (Apêndice II). Esta oportunidade de partilha promoveu a identificação de lacunas no conhecimento e proporcionou uma oportunidade relevante de investigação na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4749).

A nível internacional, apresentei a comunicação livre "A intervenção multimodal de enfermagem no cuidado à pessoa vítima de trauma com dor aguda" no *VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem* realizado entre os dias 17 e 24 de Março de 2021. Esta atividade permitiu usar as "tecnologias de informação e métodos de pesquisa" (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019, p.4750) na construção de um vídeo de apresentação promotor de novos conhecimentos na intervenção especializada na gestão da dor aguda na PSC vítima de trauma (Apêndice III). O resumo do trabalho produzido surge publicado em *e-book* (ISBN 978-84-16679-14-0).

As comunicações descritas em epígrafe são apresentadas no presente relatório de estágio através dos apêndice II e III, os quais disponibilizam o *QR code* de acesso aos vídeos de apresentação das comunicações orais realizadas.

O cumprimento das atividades descritas neste objetivo específico demonstram o caminho de construção do enfermeiro perito, cujos alicerces do processo de tomada de decisão e intervenção decorrem sobre o conhecimento válido, atual e pertinente. Deste modo, assumo a minha intervenção como progressivamente facilitadora dos processos de aprendizagem e ativa no campo da investigação. Concluo a evolução de enfermeira proficiente para perita através da aquisição das seguintes competências

explanadas pela ESEL para obtenção do grau de mestre: “Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação”;”Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina”; “Abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador” (ESEL,2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio revela-se essencial para a organização, estrutura e intencionalidade do meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências. Este último, proporciona a construção do saber experienciado através da articulação entre o construto teórico e as situações vividas em estágio.

As etapas do relatório refletem o modo responsável e minucioso como estruturo diariamente o meu percurso de desenvolvimento de competências no cuidado à PSC. Estabeleço como foco de cuidados a gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma. Suporto a minha tomada de decisão e raciocínio clínico nas bases adquiridas ao longo do 1º e 2º semestre do Curso de Mestrado. Realizo as etapas propostas, como os jornais de aprendizagem, o estudo de caso e as apresentações de orientação tutorial, com a explícita intencionalidade de tributo à intervenção especializada de enfermagem.

Da conceção à ação, demonstro a aquisição flexiva, criativa, dinâmica e empenhada de competências determinantes na formação como enfermeira perita na área de especialização à PSC. Revelo a capacidade de participar na produção de novo conhecimento, desenvolver uma PBE, promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde e cultivar a liderança nos diferentes contextos de prática de cuidados, sendo reconhecida pelos pares.

A motivação intrínseca permitiu em consonância com os motivadores extrínsecos proporcionados pelo contexto clínico, através do processo de orientação, equipa multidisciplinar e particularidade dos casos clínicos, a consecução dos objetivos delineados. Atenda-se ao planeamento dos objetivos gerais e específicos em estreita correlação com os enunciados dos objetivos do Curso de Mestrado na Área de Especialização da Pessoa em Situação Crítica (ESEL, 2010), Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto de Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018) e o Regulamento de Competências Gerais e Específicas do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019; Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).

Neste ponto, as considerações finais são organizadas em três eixos principais que correspondem aos três objetivos específicos estabelecidos:

Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou risco de falência orgânica e família

Os estágios realizados proporcionaram uma experiência ímpar na história dos cuidados de enfermagem em Portugal, dada a situação de catástrofe presenciada. Deste modo, os cuidados à PSC derivaram de situações de emergência, exceção e catástrofe, que "colocam a pessoa em risco de vida" (Regulamento nº135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018, p. 193562). As diferentes situações experienciadas, permitiram-me desenvolver competências na identificação atempada de focos de instabilidade e na construção de uma resposta pronta e antecipatória.

A confrontação com uma nova doença, novos riscos e novos desafios, tornou imperativo o meu processo de pesquisa e seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão. O risco real e permanente, envolve a minha intervenção na maximização da prevenção e controlo de infeção (ESEL,2010). O desafio do cuidado à PSC a vivenciar este processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica supera o conhecimento técnico-científico e exige o cuidado humanizado.

O cuidado humanizado constitui o maior tributo na concretização deste objetivo. Desenvolvo um conhecimento aprofundado sobre as necessidades reais e potenciais da PSC e família, em situação de catástrofe. Consolido a aquisição de competências que me permitem gerir a ansiedade e medos vividos pela família, procuro a dignificação da morte e promovo habilidades facilitadoras do processo de luto (Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).

Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou falência orgânica com dor aguda na unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência

Apesar da incidência da dor aguda no trauma, os estudos de investigação são ainda reduzidos. A evidência científica permite sustentar a pertinência temática para o *outcome* da PSC vítima de trauma, mas são reduzidos os estudos que correlacionam o impacto da intervenção especializada de enfermagem no conforto e bem-estar, enquanto indicadores dos Padrões de Qualidade do Cuidado em Enfermagem (Kolcaba, 2003; OE, 2001).

O estágio na UCI, permitiu-me desenvolver competências na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; gerir as medidas farmacológicas de combate à dor; demonstrar conhecimentos e habilidades em medidas não-

farmacológicas para alívio da dor; adquiro conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedoanalgesia, nomeadamente no protocolo de analgesia preemptiva implementado (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019; Regulamento nº135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).

A UCI proporcionou a oportunidade de executar "cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica através dos seguintes procedimentos: adaptação da PSC à VNI, implementação e manutenção de dispositivos de monitorização hemodinâmica invasiva, realização de técnica dialítica contínua e intermitente, intervenção especializada no processo de EOT em circuito fechado, cuidados de manutenção à PSC sob EOT e instituição e manutenção da terapia de alto fluxo na PSC.

Em complemento, decorre o estágio no SU, a partir do qual aprofundei o meu conhecimento sobre a VVT e desenvolvi competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos com maior incidência na sala de reanimação. Promovi o desenvolvimento de intervenções farmacológicas e não farmacológicas no cuidado à pessoa vítima de trauma, bem como o registo de enfermagem conducente com as intervenções realizadas. Contribui para a melhoria do cuidado à PSC vítima de trauma através de uma proposta de atualização do Registo de Trauma em vigor no SUP.

O fundamento científico das intervenções de enfermagem farmacológicas e não-farmacológicas surge na RIL realizada, a qual submeto para publicação em revista científica com relevo para a disciplina de enfermagem.

Identifico como limitação dos estágios, a reduzida incidência do trauma. Todavia, considero que a profundidade da análise e reflexão sobre as situações mobilizadas conseguiram superar esta limitação. Promovendo o meu processo de desenvolvimento profissional do nível proficiente ao perito (Benner, 2005).

Estabeleço como estratégia futura neste continuum de aquisição de competências, a mobilização das aprendizagens proporcionadas nos contextos de estágio para a prática sustentada e promotora da qualidade dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma no SU onde exerço.

Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma

Considero que a maturidade da partilha com os pares só pode ser promovida após um crescimento pessoal e profissional sólido e enriquecedor. Deste modo, articulo os momentos de estágio com a formação pessoal na área da gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma. Saliento a participação, no "Critical Trauma Management – International Meeting" e "Webinar American College of Surgeons - Programa de Qualidade no Trauma: Tratamento da dor aguda no Trauma - Novas diretrizes de melhores práticas para o tratamento da dor aguda" (Anexos III e IV). Estes dois momentos, foram essenciais para a validação da pertinência temática a nível nacional e internacional, sendo uma estratégia motivacional para a construção deste percurso.

O terceiro momento, decorre na fase final do segundo estágio, onde considero que o percurso construído permitiu-me consolidar as competências necessárias à partilha de conhecimento na área da gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma. Através da concretização de duas comunicações-livre nos seguintes eventos: *II Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem 2021* desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros e *VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem.*

A formação pessoal e profissional permitiu-me evidenciar um nível aprofundado de conhecimento na área da gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma e demonstrar consciência crítica para as limitações da temática (ESEL,2010). Assente nestas características, o meu contributo para o desenvolvimento da formação resulta dos momentos formais descritos e momentos de partilha informal nos contextos de estágio.

Atendendo ao cumprimento dos objetivos específicos enunciados, considero que os conhecimentos, capacidades e competências descritas permitiram alcançar o objetivo geral estabelecido - Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma.

Em suma, através do respeito pelos princípios éticos, normativos e legais e demais princípios que regem a excelência do exercício, procuro enquanto profissional, deter qualidades que promovam a mudança e a evolução da enfermagem, enquanto disciplina e profissão. Torno requisito obrigatório que no meu agir profissional possa dar visibilidade à profissão de enfermagem e "dar visibilidade é ter significado para alguém indo ao encontro das necessidades" (Silva, 2019).

A realização do presente relatório permite a construção do fundamento que sustenta e promove a obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização à pessoa em situação crítica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2008). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra: Editora Formasau.

Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski, N., Goucke, R., Toye, C. & McCullough, K. (2018). Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. *Worldviews on Evidence-based Nursing*,15(5), 368-376. **Doi**: https://doi.org/10.1111/wvn.12318

Alpen, M. & Morse, C.(2001). Managing the pain of traumatic injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(2),243-257. **Doi:** https://doi.org/10.1016/S0899-5885(18)30053-4

American College of Surgeons. (2008). *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*.Chicago: American College of Surgeons.

Aromataris, E. & Munn Z. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2013). *Declaração de Montreal*. Acedido em 09/10/2020. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/documentos/a_aped/Declaracao_de_Montreal.pdf

Benner, P.(2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª Ed.). Coimbra: Editora Quarteto.

Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach.*(2ª Ed.). Estados Unidos da América: Springer Publishing Company.

Benov, A., Salas, M., Nakar, H., Antebi, B., Tarif, B. & Yitzhak, A. (2017). Battlefield pain management: A view of 17 years in Israel Defense Forces. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* ,83(1), 150-155. **Doi:** https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001481

Boterf, G. (2003). Desenvolvendo as competências dos profissionais.(3ª Edição). Porto Alegre: Artmed.

Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J. & Wagner, C. (2018). *Nursing Intervention Classification*. (7ª Ed). Oxford: Elsevier.

Butti, L., Bierti, O., Lanfrit, R., Bertolini, R., Chittaro, S., Delli Compagni, S., Del Russo, D., Mancusi, R. L. & Pertoldi, F. (2017). Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *Journal of pain research*, *10*, 2479–2488. **Doi:** https://doi.org/10.2147/JPR.S138850

Calil, A. & Pimenta, C. (2010). Importância da avaliação e padronização analgésica em serviços de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*,23(1),53-59.**Doi:** https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100009

Canadian Nurses Association (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework.* Ottawa: Canadian Nurses Association.

Cardoso, A. (2013). *Manual de Tratamento da Dor*. Lisboa: Lidel.

Carvalho, A. (2016). *A Supervisão Clínica no processo de integração clínica de enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). http://hdl.handle.net/10400.26/12851

Caseiro, J. (2008). Dor aguda não cirúrgica. *Revista Dor*, 16(1), 7-11. **Doi:** https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2008_01.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Decreto de Lei nº 44/86 (2020). Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª Série n.º 225/1986 de 30 de Setembro de 1986,2779-2783. **ELI:** https://data.dre.pt/eli/lei/44/1986/09/30/p/dre/pt/html

Decreto de Lei nº 65/2018 (2018). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Graus académicos e diplomas do ensino superior*. *Diário da Républica*, 1ª série nº157 de 16 de Agosto de 2018,4147-4182. ELI: https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html

Decreto de Lei nº 161/96 (1996). Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da Républica, 1ª séria (Nº205 de 4-9-1996),

2960-2962. **ELI:** https://data.dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/241640/details/maximized

Despacho nº 10319/2014 (2014). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência Ministério da Saúde. *Diário da República,* 2ª série nº 153 de 11 de Agosto de 2014, 20673-20678. **ELI**: https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn

Direção-Geral de Saúde - Circular Normativa nº 7 (2010). Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. *Direção-Geral de Saúde de 31-03-2010*, 1-26. Acedido em: 1/01/2020. Disponível em: http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Organiza%C3%A7%C3%A3o-dos-Cuidados-Hospitalares-Urgentes-ao-Doente-Traumatizado.pdf

Direção-Geral de Saúde - Circular Normativa nº 9 (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Direção-Geral de Saúde de 14-06-2003*, 1–6. Acedido em: 20/09/2020. Disponível em: https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx.

Direção-Geral de Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor* Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2010).*Organização dos Cuidados Hospitalares ao Traumatizado.* Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes : the state of the science* (2ªEd.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

Elkbuli, A., Stotsenburg, M., Epstein, C., Calvert, K., Boneva, D., McKenney, M. & Deaton, K. (2020).A Multidisciplinary Approach to Improve Pain Management and Satisfaction in a Trauma Population. *Journal of Trauma Nursing*, 27(2), 96-103.**Doi:** https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000493

Elliott, D., Aitken, L. & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN´s Critical Care Nursing.* (2ª Ed.). Chataswood: Elsevier.

Emergency Nurses Association (2015). *Trauma Nursing Core Course*. Schaumburg:

Emergency Nurses Association

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). *Objetivos e competências do CMEPSC* nº NCE/09/01932. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fanning, R. & Gaba, D. (2007). The role of debriefing in simulation-based learmimg. Revista *Summer*, 2(2), 115-125. **Doi:** https://doi.org/10.1097/sih.0b013e3180315539

Ferreira, M., Brás, C. & Barbieri, M. (2016,Julho). Clinical Communication and AdverseHealth Events: Literature Review. In *2nd International Conference on Health and Health Psycology Clinical*. Reino Unido: Future Academy.

Gélinas, C.(2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends . *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 1-11. **Doi:** https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.03.001

Germossa, G., Sjetne, I., & Helleso, R. (2018). The Impact of an In-service Educational Program on Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in an Ethiopian University Hospital. *Frontiers in Public Health*, 6(229),1-7. **Doi**: https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00229

Gomes, E. (2010). *New Paradigms in Trauma Care: an analysis of a trauma center registry*. Porto: MEDISA - Edições e Divulgações Científicas, Lda.

Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Indirect costs of chronic pain. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 100-107. **Doi:** https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70013-X

Grupo Português de Triagem (2010). *Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando*. (2ª Ed.). Lisboa: Grupo Português de Triagem.

Hsu, K., Chen, L. & Hsiep, P. (2016). Effect of music intervention on burn patients' pain and anxiety during dressing changes.*Burns*, 42(8), 1789-1796. **Doi**: https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.006

Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatística da Saúde – 2018*. Lisboa: Instituo Nacional de Estatística.

International Association for the Study of Pain (2020). *IASP-Taxonomy*. Acedido em 21/09/2020 Disponível em: https://www.iasp-

pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Lasater, K. (2011). Clinical judgment: the last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 86-92. **Doi:** https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.013

Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Lisboa: Permanyer. **Doi:** https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Fisiopatologia_da_Dor.pdf

Masoudi, A., Aboutalebi, M. & Sadat, Z. (2017). Pain management of trauma patients in the emergency department: a study in a public hospital in Iran. *International Emergency Nursing*, 33, 53-58. **Doi**: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.005

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centered nursing theory and practice*. Oxford: WileyBlackwell.

McGillion, M. & Watt-Watson, J. (2010). *Enfermagem médico-cirúrgica: perspetivas de saúde e doença*. Loures: Lusodidacta.

Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-979. **Doi:** https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971

Ministério da Saúde (2003). Direção de Serviços de Planeamento. Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Disponível em https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf

Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação - Medicina Intensiva. Acedido em 03/01/2021. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf

Mock, C., Juillard, C., Brundage, S., Goosen, J., & Joshipura, M. (2009). *Guidelines for Trauma Quality Improvement Programmes.* Acedido em 01/10/2020. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-trauma-quality-improvement-programmes.

Mooorhead, S., Johnson, M., Merdidean, M. & Swanson, E. (2010). *Nursing Outcomes Classification*. (4ª Ed.). Oxford: Elsevier.

Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Silva, D. & Santos, E. (2019). Non-pharmacological

interventions for pain management in adult victims of trauma: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*,17(2),2483-2490.**Doi:** https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-004036

North American Nursing Diagnosis Association (2015). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA* 2015-1017.(10ª Ed). Porto Alegre: Artmed.

Núcleo de Cuidados Paliativos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (2007). Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral,* 23*,* 457-464.**Doi:** http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v23i4.10384

Nurnberg, D., Saboonchi, F., Sackey, P. & Bjorling, G. (2011). A preliminary validation of the Swedish version of the critical-care pain observation tool in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(4), 379-386. **Doi:** https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2010.02376.x

Oliveira, R., Silva, L., Freitas, C., Oliveira, S., Pereira, M. & Leitão, I. (2014). Measurement of pain in clinical nursing practice: integrative review. *Journal of Nursing UFPE Online,* 8(8), 2872-2882. **Doi:** https://doi.org/10.5205/1981-8963-V8I8A9996P2872-2882-2014

Ordem dos enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Owen, C., Hemmings, L. & Brown, T. (2009). Lost in translation: maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia (EMA),* 21(2), 102-107. **Doi:** https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x

Papathanassoglou, E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L. & Kyprianou, T. (2018). Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. *American journal of critical care,* 27(3), 172–185. **Doi:** https://doi.org/10.4037/ajcc2018271

Phaneuf, M. (2005).*Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures: Lusociência.

Pierik, J., IJzerman, M., Gaakeer, M., Berben, S , van Eenennaam, F. , van Vugt, A. & Doggen, C. (2015). Pain Management in the Emergency Chain: The Use and Effectiveness of Pain Management in Patients with Acute Musculoskeletal Pain. *Pain Medicine*, 16(5), 970–984. **Doi**: https://doi.org/10.1111/pme.12668

Pines, J. & Hollander, J. (2008). Emergency department crowdiqng is associated with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1), 1-5. **Doi:** https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.07.008

Pinheiro, A. & Marques, R. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente - Revisão sistemática da literatura*. Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 31(4). **Doi:** https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070

Polomano, R., Fillman, M., Giordano, N., Vallerand, A., Nicely, K. & Jungquist C. (2017). Multimodal Analgesia for Acute Postoperative and Trauma-Related Pain. *The American Journal of Nursing,* 117(3), S12-S16. **Doi:** https://doi.org/10.1097/01.naj.0000513527.71934.73

Porter, K., Morlion, B.; Rolfe, M. & Dodt, C. (2020). Attributes of analgesics for emergency pain relief: results of the Consensus on Management of Pain Caused by Trauma Delphi initiative. *European Journal of Emergency Medicine*. 27 (1), 33-39.**Doi:** https://doi.org/10.1097/mej.0000000000000597

Regulamento nº 135/2018 (2018). Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.* Diário da República, *2ª´série (Nº 135 de 16-07-2018),* 19370-19359**. ELI**: https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized

Regulamento nº 140/2019 (2019). Ordem dos Enfermeiros. *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série

(Nº26 de 6-02-2019),4744-4750.**ELI**: https://dre.pt/application/conteudo/119236195

Ribeiro, N., Barreto, S., Hora, E. & Sousa, R. (2011) The nurse providing care to trauma victims in pain: the fifth vital sign. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 146–152. **Doi:** https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000100020

Richmond, T. & Aikten, L.(2011). A model to advance nursing science in trauma pratice and injury outcomes research*. Jounal of Advanced Nursing*, 67(12), 2741-2753. **Doi:** https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05749.x

Rigotti, M. & Ferreira, A. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. Revista *Arquivos Ciências da Saúde*, 12 (1), 50-54. **Doi**: https://repositorio-racs.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf

Roessle, T., Freitas, C., Moscovici, H., Fabian, Z., Caio, H., Soares, J., Christian, R., Walter, M. & Tomanik, M. (2013). Avaliação terciaria em pacientes traumatizados em hospital na cidade de São Paulo: uma questão de necessidade. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 48(4), 357-361. **Doi**: https://doi.org/10.1016/j.rbo.2012.08.008

Rose, L., Smith, O., Gélinas, C., Haslam, L., Dale, C., Luk, E. & Watt-Watson, J. (2012). Critical care nurses pain assessment and management practices: a survey in Canada. *American Journal of Critical Care.* 21(4), 251-259. **Doi:** https://doi.org/10.4037/ajcc2012611

Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). *Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Acedido a 11/12/2020. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). A comunicação em saúde e a segurança do doente. Revista *Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 47-57.

Saranteas, T., Kostroglou, A., Anagnostopoulos, D., Giannoulis, D., Vasiliou, P. & Mavrogenis, A. (2019). Pain is vital in resuscitation in trauma. *SICOT-J*, 5(28), 1-5. **Doi:** https://doi.org/10.1051/sicotj/2019028

Scholten, A., Berben, S., Westmaas, A., Van Grunsven, P.,Vaal, E., Rood, P., Hoogerwerf, N., Doggen, C. & Schoonhoven, L. (2015). Emergency Pain Study

Group. Pain management in trauma patients in (pre)hospital based emergency care: current practice versus new guideline*. International Journal of the Care of the Injured*, 46(5), 798-806. **Doi**: https://doi.org/10.1016/j.injury.2014.10.045

Silva, A. (2019, dezembro). Enfermagem Avançada: Desafios para uma enfermagem com mais enfermagem. In *Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pólo Auditório Artur Ravara.

Society of Trauma Nurses. (2013). *ATCN - Advanced Trauma Course for Nurses - Manual do Curso de Alunos*. Lexington: Society of Trauma Nurses.

Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein -São Paulo*, 8(1), 102-106. **Doi:** https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134

Sullivan, D., Lyons, M., Montgomery, R. & Quinlan-Colwell, A. (2016). Exploring Opioid-Sparing Multimodal Analgesia Options in Trauma: A Nursing Perspective. *Journal of trauma nursing: the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 23(6), 361–375.**Doi:** https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000250

Tanner, C. (2006). Thinkig like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursig, *Journal Nursing Education,* 45(6), 204-211. **Doi:** https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04

Tomey, A., & Alligod, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos em Teorias de Enfermagem*.(5ª Ed.).Loures: Lusociência.

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7ªEd.). Missouri: Elsevier.

Varndell, W., Fry, M. & Elliott, D. (2017). Exploring how nurses assess, monitor and manage acute pain for adult critically ill patients in the emergency department: protocol for a mixed methods study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 25(1), 75-83. **Doi:** https://doi.org/10.1186/s13049-017-0421-x

Weinberg, B., Roos, R. & Van Aswegen, H. (2018). Effectiveness of non-pharmacological interventions for pain and physical function in adults with rib fractures: a systematic review protocol. *JBI database of systematic reviews and*

implementation reports, 16(8), 1599–1605. **Doi:** https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003600

White IV, C., Domeier, R. & Millin, M. (2014). EMS Spinal Precautions and the Use of the Long Backboard –Resource Document to the Position Statement of the National Association of EMS Physicians and the American College of Surgeons Committee on Trauma. *Prehospital Emergency Care*, 18(2), 306–314. **Doi:** https://doi.org/10.3109/10903127.2014.884197

APÊNDICES

APÊNDICE I

Objetivos, recursos, atividades e metas por local de estágio

<table>
<tr><td colspan="4">Título: “ A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: intervenção especializada de enfermagem.”</td></tr>
<tr><td colspan="4">Objetivo Geral: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma</td></tr>
<tr><td colspan="4">Contextos de estágio: Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Recursos potenciais dos contextos de estágio</td><td>SU</td><td colspan="2">Triagem de Manchester;
Protocolos de analgesia;
Protocolo Via Verde Trauma;
Cuidado emergente/urgente da pessoa em situação crítica (PSC);
Formação em trauma da equipa multidisciplinar;</td></tr>
<tr><td>UCI</td><td colspan="2">Avaliação e monitorização contínua da dor;
Aplicação de Escalas de avaliação da dor de acordo com as necessidades da PSC;</td></tr>
<tr><td colspan="4">Recursos Internos:
Formação em trauma: Curso Advanced Trauma Care for Nurses (ATCN); Curso International Trauma Life Support (ITLS); Módulo de Trauma do INEM – Curso para Enfermeiros da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER); Curso de Triagem Manchester; Experiência profissional no cuidado à PSC vítima de trauma na VMER e SU;
Recursos Externos:
Suporte académico: Instrumentos da Prática Baseada na Evidência (PBE) (Ex.: pesquisa bibliográfica, RIL); Orientações tutoriais; Trabalho autónomo; Horas de estágio; Conferências com peritos;</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">ATIVIDADES/METAS</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Objetivos Específicos</td><td rowspan="2">Consolidar competências de enfermagem na prestação de cuidados à PSC vítima de</td><td>UCI</td><td>SU</td></tr>
<tr><td>• Integrar a equipa de enfermagem da UCI no cuidado à PSC e família</td><td>• Integrar a equipa de enfermagem do SU cuidado à PSC e família</td></tr>
</table>

	trauma e/ou risco de falência orgânica e família;	• Conhecer a organização e dinâmica da UCI e Unidade de Cuidados Intermédios • Conhecer o circuito do doente na UCI e Unidade de Cuidados Intermédios e respetiva articulação com outros serviços da unidade hospitalar • Desenvolver o plano de prevenção e controlo da infeção em resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, no âmbito da pandemia COVID-19 • Prestar cuidados especializados de enfermagem à PSC vítima de trauma e/ou risco de falência orgânica através da gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos	• Conhecer a organização e dinâmica do SU • Conhecer as normas, escalas, protocolos e práticas instituídas no SU no cuidado à PSC • Conhecer o Plano de Catástrofe ativado no âmbito da pandemia COVID-19 • Desenvolver cuidados especializados na admissão, estabilização e transferência da PSC na sala de reanimação • Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos • Garantir a comunicação interpessoal com a PSC, família/cuidador promotor da relação terapêutica
	Desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidado à PSC vítima de trauma e/ou falência orgânica com dor aguda na unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência	**UCI**	**SUG**
		• Conhecer sobre as políticas, escalas, normas e práticas instituídas na UCI no âmbito da avaliação da dor • Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar na pessoa em situação crítica vítima de trauma e/ou falência orgânica • Gerir medidas farmacológicas de combate à dor aguda na pessoa em situação crítica vítima de trauma e ou falência orgânica • Desenvolver conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor aguda na pessoa vítima de trauma e ou falência orgânica • Realizar um Jornal de Aprendizagem	• Conhecer a organização da Via Verde Trauma (VVT) • Avaliar e monitorizar a dor na PSC vítima de trauma • Implementar intervenções de enfermagem não farmacológicas e farmacológicas promotoras da gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma; • Desenvolver uma proposta de atualização do Registo de Trauma; • Realizar um Jornal de Aprendizagem

	Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma.	**UCI**	**SUG**
		• Participar no *Webinar American College of Surgeons* - Programa de Qualidade no Trauma: Tratamento da dor aguda no Trauma - Novas diretrizes de melhores práticas para o tratamento da dor aguda • Participar no *Critical Trauma Management – International Meeting* • Realizar um estudo de caso • Promover momentos informais de partilha e discussão sobre a gestão da dor na pessoa vítima de trauma na UCI através de instrumentos como o estudo de caso, jornal de aprendizagem e perante casos clínicos específicos	• Desenvolver uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) • Submeter os resultados obtidos na RIL para comunicação oral no II Ciclo de *Webinars* de Investigação em Enfermagem 2021 desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) • Realizar uma comunicação livre no VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem
INDICADORES DE RESULTADO		Determinam-se como indicadores de resultado o cumprimento dos objetivos e competências que estruturam o Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização à PSC na ESEL: • Objetivos propostos pela ESEL para o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à PSC • Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto de lei nº65/2018 de 16 de Agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018) • Regulamento de Competências Específicas e Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro da OE, 2019; Regulamento nº 135/2018 de 16 de Julho da OE, 2018).	

APÊNDICE II

Comunicação-Livre: "*A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma – continuum da intervenção especializada de enfermagem*" apresentada no II Ciclo de *Webinars* da Ordem dos Enfermeiros

CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

JÉSSICA ANDREIA FERNANDES MASCARENHAS

membro nº **82054** participou no II Ciclo de Webinars **«Investigação em Enfermagem 2021 | Encontro de Investigadores» | 6ª Sessão | Edição 1»**, realizado no dia **24 de Março de 2021**, através da Plataforma digital "Cisco Webex Events", enquanto **Autor(a) e Apresentador(a)** da **Comunicação Livre**:

A GESTÃO DA DOR AGUDA NA PESSOA VÍTIMA DE TRAUMA: CONTINUUM DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Coautor(a):
CARLA ALEXANDRA FERNANDES DO NASCIMENTO | 21709

Lisboa, 31 de Março de 2021.

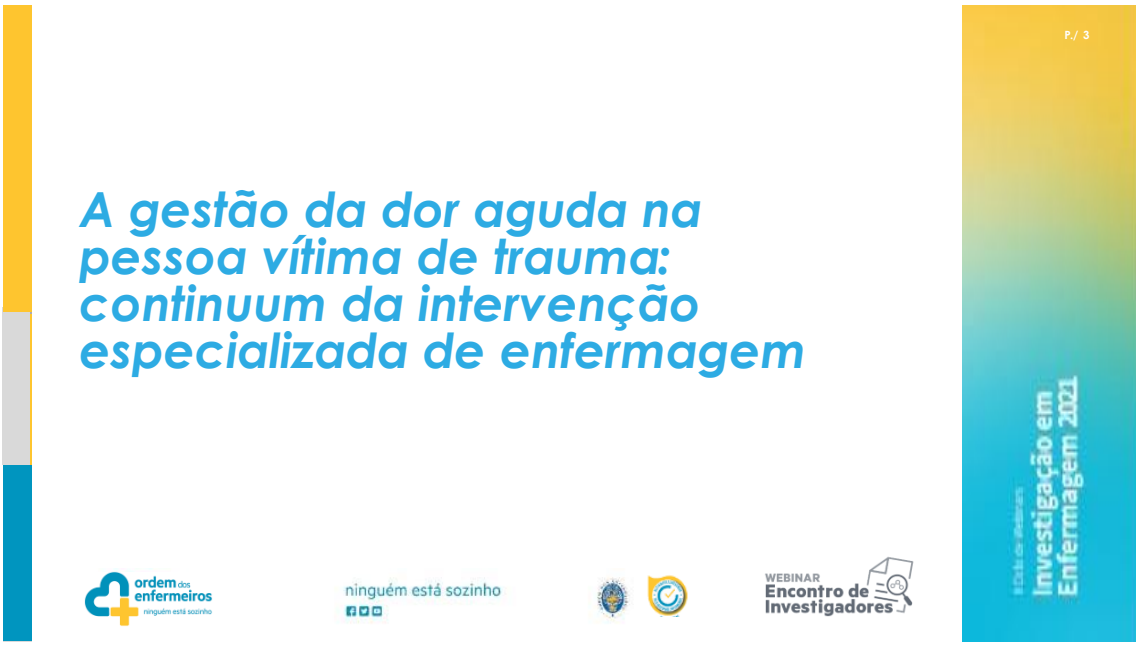
P/A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[1]

[1] Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do nº50 nº3 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redação da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

PLANO DE AÇÃO	
Descrição da ação	Comunicação-Livre: “A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: continuum da intervenção especializada de enfermagem”
Âmbito	II Ciclo de *Webinar* de Investigação em Enfermagem 2021 promovido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no dia 24 de Março de 2021
Objetivo geral	Promover a disseminação do conhecimento na área de intervenção de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma
Pré-requisitos	• Aprovação do resumo pelo Gabinete de Formação e Qualidade da OE; • Validação da súmula do apresentador pelo Gabinete de Formação e Qualidade da OE; • Evento destinado exclusivamente a enfermeiros mediante inscrição através do site da OE.
Materiais/ recursos	• Computador • *Power Point* (a) • Acesso à plataforma W*ebex*
Conteúdos programáticos	• Gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma • Intervenção de enfermagem farmacológica e não-farmacológica na gestão da dor aguda • Translação do conhecimento
Metodologia	Método expositivo e demonstrativo (b)
Avaliação	Apresentação sob moderação e apreciação da Professora Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer (b)

a) Apresentação



A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: continuum da intervenção especializada de enfermagem

Jéssica Andreia Fernandes Mascarenhas [1]

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento [2]

[1] Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica
Enfermeira no Serviço de Urgência Geral do Hospital Beatriz Ângelo
jessicafernandesmascarenhas@gmail.com

[2] Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SUMÁRIO

Introdução

1. *Metodologia*
2. *Resultados e Discussão*
3. *Conclusão*

ReferênciasBibliográficas

INTRODUÇÃO

DOR

A dor aguda está etiologicamente relacionada com o trauma.

(IASP,2020)

TRAUMA

A dor aguda na pessoa vítima de trauma é negligenciada, sendo comum a oligoanalgesia.

(Allenet al., 2018; Saranteaset al., 2019)

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Posição de permanente proximidade "relevante para promover e intervir no controlo da dor" aguda.

(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008)

OBJETIVO

Identificar as intervenções de enfermagem farmacológicas e não-farmacológicas desenvolvidas no âmbito da gestão multimodal da dor aguda na pessoa vítima de trauma, do contexto pré-hospitalar à unidade de cuidados intensivos.

1. METODOLOGIA

Tipologia do estudo

- Revisão Integrativa da Literatura (RIL)
- Palavraschave:
  - ✓Dor aguda;
  - ✓Trauma
  - ✓ Gestão da dor;
  - ✓Intervenções farmacológicas;
  - ✓ Intervenções não-farmacológicas.

Questão de Investigação

- **Quais as estratégias de enfermagem (I) promotoras da gestão da dor aguda (O) no cuidado à pessoa vítima de trauma (P)?**

Procedimentos metodológicos

- Pesquisa em bases de dados: MEDLINE e CINAHL
- 15 a 22 de Outubro de 2020
- Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão determinam como população de interesse a pessoa adulta vítima de trauma, resultados obtidos nos últimos cinco anos e a seleção de estudos qualitativos, quantitativos e mistos, bibliografia publicada e não publicada.

Os resultados finais são obtidos através de um processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

(Aromataris & Munn2017)

Investigação em Enfermagem 2021

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gestão eficaz da dor requer uma abordagem permanentemente farmacológica e não farmacológica

Intervenção Multimodal

(Elkbuli et al.,2020;Sullivan et al., 2016)

Intervenções não-farmacológicas

- Crioterapia
- Aplicação de calor
- Técnicas de distração
- Musicoterapia
- Massagem
- Imobilização
- Elevação das extremidades, quando aplicável
- Presença da família

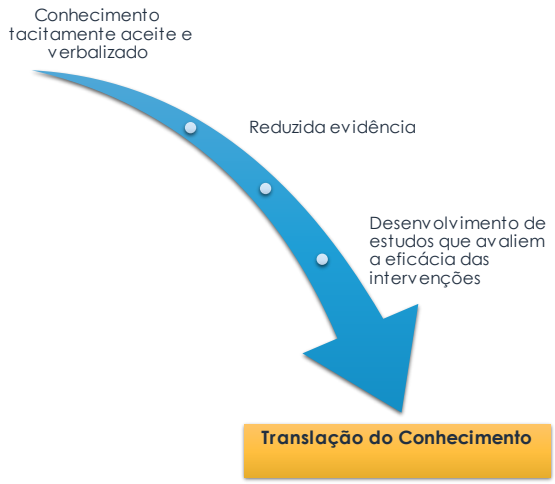
(Hsu, K., Chen, L. & Hsiep, P., 2016; Mota et al., 2019; Papathanassoglou et al., 2018; Weinberg, B., Ross, R. & Van Aswegen H., 2018)

Intervenções farmacológicas

- Avaliação da dor;
- Classes de analgésicos,
- Mecanismos de ação no sistema nervoso central e periférico
- Vias de administração
- Dosagem recomendada
- Efeitos adversos
- Efeitos sinérgicos
- Interações medicamentosas
- Contraindicações.

(Polomano et al., 2017)

3. CONCLUSÃO


Conhecimento tacitamente aceite e verbalizado
Reduzida evidência
Desenvolvimento de estudos que avaliem a eficácia das intervenções
Translação do Conhecimento

Translação do Conhecimento

ESEL

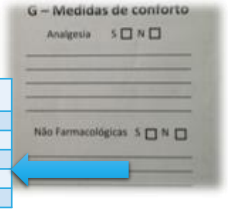
10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

ESTUDO DE CASO

CONSTRUÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Jéssica Andreia Fernandes Mascarenhas (nº3232)



	Otimização de imobilizações
	Posicionamento
	Crioterapia
	Aplicação de calor
	Musicoterapia
	Técnicas de distração

ordem dos enfermeiros ninguém está sozinho

ninguém está sozinho

WEBINAR Encontro de Investigadores

Investigação em Enfermagem 2021

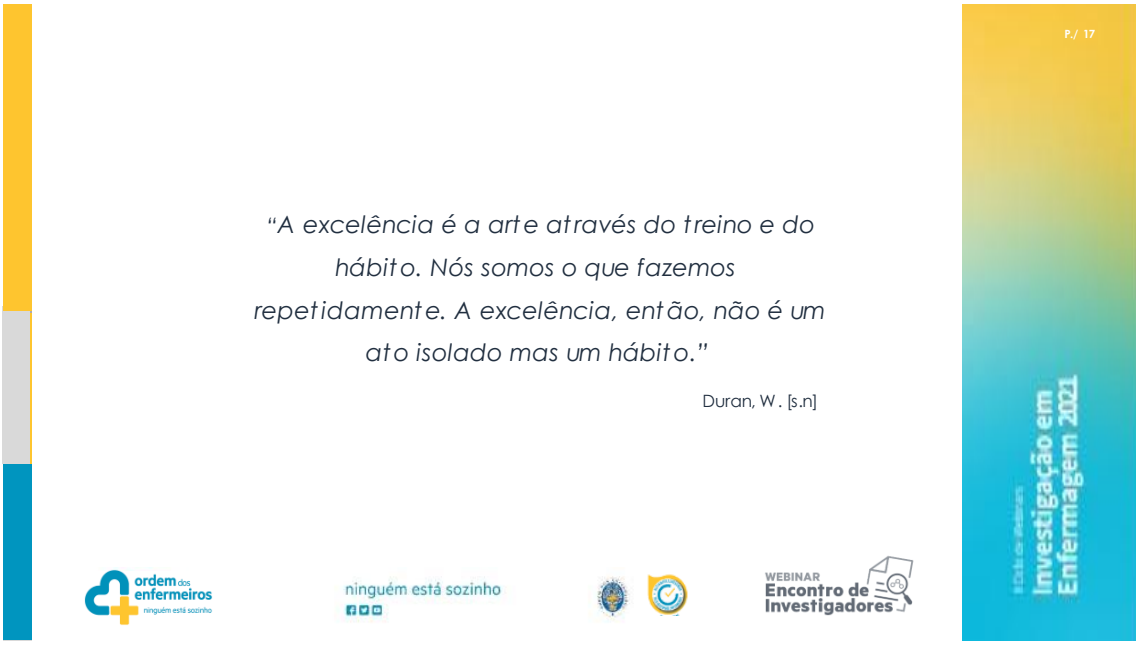
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ordem dos enfermeiros ninguém está sozinho

ninguém está sozinho

WEBINAR Encontro de Investigadores

Investigação em Enfermagem 2021



b) QR code de acesso ao vídeo de apresentação da comunicação-livre

Duração: 10 minutos

Início da comunicação-livre - 2:13:05

APÊNDICE III

Comunicação Livre: *"A intervenção multimodal de enfermagem no cuidado à pessoa vítima de trauma com dor aguda"* apresentada no VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem

Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería
FUNCIDEN

D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN

Certifica que:

FERNANDES MASCARENHAS, JÉSSICA	Autor principal
FERNANDES NASCIMENTO, CARLA ALEXANDRA	Primer coautor

Han participado con la Ponencia:

A intervenção multimodal de enfermagem no cuidado à pessoa vítima de trauma com dor aguda

En el **VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería**

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**
Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala	2	Área temática	1	Capítulo	25

Editado por **FUNCIDEN**
ISBN CD-ROM: 978-84-16679-14-0
Depósito Legal: M-28323-2020

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

Enlace de validación: https://congresos.funciden.org/validacion/92a7d8c8-8d5b-11eb-bf8a-0685e55e30a1

Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería
FUNCIDEN

D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN

Certifica que:

FERNANDES MASCARENHAS, JÉSSICA	Autor principal
FERNANDES NASCIMENTO, CARLA ALEXANDRA	Primer coautor

Han participado con el Capítulo de Libro:

A intervenção multimodal de enfermagem no cuidado à pessoa vítima de trauma com dor aguda

En el **VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería**

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**
Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021.

25/03/2021

Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala	2	Área temática	1	Capítulo	25

Editado por **FUNCIDEN**
ISBN CD-ROM: 978-84-16679-14-0
Depósito Legal: M-28323-2020

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

Enlace de validación: https://congresos.funciden.org/validacion/89acc846-8e85-11eb-8c8c-06e8c1186537

PLANO DE AÇÃO	
Descrição da ação	Comunicação-Livre: “A intervenção multimodal de enfermagem no cuidado à pessoa vítima de trauma com dor aguda”
Âmbito	VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem
Objetivo geral	Promover a disseminação do conhecimento na área da intervenção de enfermagem na gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma
Pré-requisitos	• Inscrição no congresso • Submissão e aprovação do resumo • Referências bibliográficas segundo a norma de Vancouver
Materiais/ recursos	• Computador • Gravador de vídeo • Acesso à plataforma do congresso
Conteúdos programáticos	• Incidência estatística da dor aguda no trauma • Intervenção multimodal de enfermagem no cuidado à pessoa vítima de trauma com dor aguda
Metodologia	Método expositivo e demonstrativo (a)
Avaliação	Os comentários à comunicação foram estabelecidos no fórum criado pela plataforma do congresso.

a) QR code de acesso ao vídeo de apresentação da comunicação-livre

Duração: 7 minutos

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Participação no *Webinar* do Dia Nacional da Luta Contra a Dor – "*Dor compartilhada é dor aliviada*"

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JESSICA ANDREIA FERNANDES MASCARENHAS,

membro nº **82054** desta Ordem, participou no Ciclo de Webinars da Mesa do Colégio de Enfermagem Médico-Cirúrgica: **Webinar[1] Dia Nacional da Luta Contra a Dor – "Dor compartilhada é dor aliviada"**, no dia **16 de Outubro de 2020**, com duração total de **01h30,** na "Plataforma digital Cisco Webex Events".

Lisboa, **21 de Outubro de 2020**.

P/ A Bastonária

Luís Filipe Barreira

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

---

[1] Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,50 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas

[2] Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do art°30 n°2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei n° 156/2015, de 16 de Setembro

ANEXO II

Certificado de Participação no *Ciclo de Webinares de Investigação em Enfermagem 2020- Encontro de Investigadores*

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

JESSICA ANDREIA FERNANDES MASCARENHAS

membro nº **82054** desta Ordem, participou no Webinar[1] **"«Investigação em Enfermagem 2020 | Encontro de Investigadores» | 6ª Sessão | 3ª Edição»,** no dia **22 de Outubro de 2020**, com a duração total de **04H00,** realizado através da "Plataforma digital *Cisco Webex Events*".

Lisboa, 22 de Outubro de 2020.

P/ A Bastonária

Luís Filipe Barreira

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo[2]

[1] Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,48 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas

[2] Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

ANEXO III

Certificado de participação no *Webinar American College of Surgeons* – "*Programa de Qualidade no Trauma: Tratamento da dor aguda no Trauma - Novas diretrizes de melhores práticas para o tratamento da dor aguda"*

ACS tqip TRAUMA QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM

The Committee on Trauma

ACS tqip TRAUMA QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM pediatric

JÉSSICA MASCARENHAS

License/Certification Number: 82054

Internet Live – ACS TQIP Annual Scientific Meeting and Training

American College of Surgeons Committee on Trauma

is awarded 13.00 Contact Hours

December 7 – 10, 2020

Provider approved by the California Board of Registered Nursing, Provider #CEP 17399 for a maximum of 19 Contact Hours.

This document must be retained by the licensee for a period of four years after the course concludes.

Chair, Committee on Trauma

American College of Surgeons
Inspiring Quality: Highest Standards, Better Outcomes
100+ years

Senior Manager, Trauma Quality Programs

ANEXO IV

Certificado de participação no *Critical Trauma Management – International Meeting*

KNOW HOME
CTM
CRITICAL TRAUMA MANAGEMENT
INTERNATIONAL MEETING
This Certificate is awarded to:
Jéssica Mascarenhas
Critical Trauma Management
INTERNATIONAL MEETING
Which took place between November 27th, 28th & 29th 2020 on the virtual plataform
www.know-home.pt
Carlos Sanchez
MD President of Critical Trauma Management
António Gandra D'Almeida
MD, EMDM, FCCM, FACS
President of Critical Trauma Management
SBAIT
Belize Society of Critical Care Medicine

ANEXO V

Certificado de realização do Curso *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN)

ATCN
ADVANCED TRAUMA CARE FOR NURSES®

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Continuing Education Certificate

Society of Trauma Nurses

Advanced Trauma Care for Nurses®

Student Course

LISBOA

15, 16 e 17 de novembro de 2019

JÉSSICA ANDREIA FERNANDES MASCARENHAS

Cândida Durão
Course Director

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

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ATCN
ADVANCED TRAUMA CARE FOR NURSES

Para os devidos efeitos se declara que Jéssica Andreia Fernandes Mascarenhas realizou o Curso **Advanced Trauma Care for Nurses - ATCN®**, nos dias 15, 16 e 17 de novembro de 2019 em Lisboa, com a duração de 25 horas teórico-práticas, tendo obtido a classificação final de 92,5 /100.

Director do Curso

Cândida Durão

Coordenador do Curso

Carla Nascimento

ANEXO VI

Certificado de participação no

VIII Congresso Internacional Ibero-americano de Enfermagem

Fundación para la Cooperación
Investigación y Desarrollo de la Enfermería
FUNCIDEN

D. José María Vázquez Chozas
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN

Certifica que:

FERNANDES MASCARENHAS, JÉSSICA

Con Carta de Identidad: 15061901

Ha participado en el

VIII Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Nuevos tiempos, nuevos retos"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**
Desde el día 17/03/2021 al 24/03/2021
con un total de 54 horas.

25/03/2021

José María Vázquez Chozas
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Profesional, Científico y Formativo

Esta actividad docente, con nº de expediente 07-AFOC-00506.3/2021, ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con créditos de formación continuada para las profesiones: Enfermería
Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud

4,40 Créditos CFC

Enlace de validación: https://congresos.funciden.org/validacion/9256aad2-8d5b-11eb-a021-0685e55e30a1