



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

**Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica com
Pancreatite Aguda – Intervenção Especializada de
Enfermagem**

Ana Cláudia Nascimento Santos



**Lisboa
2023**



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

**Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica com
Pancreatite Aguda – Intervenção Especializada de
Enfermagem**

Ana Cláudia Nascimento Santos

Orientadora: Professora Doutora Eunice
Emília Santos Lopes Martins Henriques

**Lisboa
2023**

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Aos meus pais, Pedrocas e avó Alice pelo apoio sempre.

Aos meus amigos, pela força, compreensão e momentos de diversão.

À Mestre em Enfermagem Carla e à futura Mestre em Enfermagem Raquel, amigas estou neste percurso por vossa incumbência, obrigada pela partilha e ajuda intelectual.

Aos meus colegas, por serem encosto e me fazerem sentir uma inspiração.

Às pessoas que se cruzaram neste meu percurso, agradecendo em particular à Professora Doutora Eunice Henriques pelo entusiasmo desde o primeiro momento.

À Maria João e Raquel, pela partilha ao longo destes meses.

Aos meus quatro melhores, Alexandre, Catarina, Cátia e Francisco, saímos decerto mais ricos deste Mestrado.

Siglas

ABCDE	“A” - Via Aérea; “B” – Respiração; “C” – Circulação/Controlo Hemorragia; “D” – Estado neurológico; E – Exposição
AINE’S	Anti-Inflamatórios Não Esteroides
ANI	Índice de Nociceção da Analgesia
BPS	Escala de dor comportamental
CARES	Conforto, Via Aérea, <i>Delirium</i> e inquietação, Suporte emocional e espiritual e Auto-cuidado.
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPAP	Pressão Positiva Contínua na Via Aérea
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
DR	Diário da República
ECMO	Oxigenação por Membrana Extra Corpórea
EE	Enfermeiro Especialista
ERAS	Recuperação Pós-Operatória Optimizada
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EUSEM	Sociedade Europeia de Medicina de Emergência
IASP	Associação Internacional do Estudo da Dor
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAINAD	Escala Avançada de Demência
PCA	Analgesia Controlada pela Pessoa
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SPCI	Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SU	Serviço de Urgência
TAWC	Cateteres de feridas transabdominais
TENS	Estimulação Elétrica Transcutânea do Nervo
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VMER	Veículo Médico de Emergência e Reanimação

Resumo

A Pancreatite Aguda é uma doença inflamatória do pâncreas que compreende diversas etiologias, sendo as mais comuns a litíase biliar, o consumo excessivo de álcool, hipertrigliceridemia e a Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE). Esta patologia provoca aumento da morbidade, internamentos prolongados e mortalidade, que representa 5% a nível global (Taylor & Docking, 2020). Existem várias classificações, e preditores, que podem ser mobilizados na avaliação da pancreatite aguda, sendo imperativo que medidas sejam tomadas o mais precocemente possível. A literatura preconiza a gestão da dor para a promoção da melhoria dos sintomas, dessa forma abordarei a Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica (PSC) com Pancreatite Aguda – Intervenção Especializada de Enfermagem.

A relação estabelecida entre o enfermeiro, a pessoa e a família promove o conforto, através de intervenções individualizadas na gestão da dor. A analgesia dirigida à PSC com Pancreatite Aguda inclui intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

A necessidade de desenvolver competências especializadas nesta área do cuidado em enfermagem surge no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC, que me permitirá obter o grau de Mestre (Diário da República, 2006; Diário da República, 2022; ESEL, 2022) e, de igual forma, obter o título de especialista (Diário da República, 2018; Diário da República, 2019), através da Ordem dos Enfermeiros (OE).

O percurso académico culmina neste relatório, que compreende as competências por mim desenvolvidas nos contextos de cuidados intensivos e urgência. Neste sentido serão apresentadas as principais atividades realizadas em contexto de estágio, à PSC, e família, alvo dos meus cuidados, com vista ao meu desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira, com o principal objetivo de desenvolver competências especializadas em enfermagem na gestão da dor da PSC com Pancreatite Aguda.

Palavras-Chave: dor, pessoa em situação crítica, intervenção especializada de enfermagem, pancreatite

ABSTRACT

Acute pancreatitis is an inflammatory disease of the pancreas with several etiologies, the most common being gallstones, excessive alcohol consumption, hypertriglyceridemia and Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). This pathology causes increased morbidity, prolonged hospitalisations and mortality, which accounts for 5% globally (Taylor & Docking, 2020). There are several classifications and predictors that can be used to assess acute pancreatitis, and it is imperative that measures are taken as early as possible. Literature recommend pain management to promote symptom improvement, thus I will address Pain Management in Critically Ill Patients with Acute Pancreatitis - Specialised Nursing Intervention.

The relationship established between the nurse, the person and the family promotes comfort through individualised interventions in pain management. Analgesia directed to critically ill patients with Acute Pancreatitis includes pharmacological and non-pharmacological interventions.

The need to develop specialized skills in this area of nursing care arises within the scope of the 12th Master's Degree Course in Nursing in the Specialization Area of Critically Ill patient, which will allow me to obtain a Master's degree (Diário da República, 2006; Diário da República, 2022; ESEL, 2022) and, likewise, obtain the title of specialist (Diário da República, 2018; Diário da República, 2019), through the Ordem dos Enfermeiros.

The academic path culminates in this report, which comprises the skills developed by me in the intensive care and emergency settings. In this sense, the main activities carried out in the internship context will be presented to the critically ill patient and family who were the target of my care, with a view to developing my skills as a Nurse, with the main purpose of developing specialist nursing skills in pain management in critically ill patient with Acute Pancreatitis.

Key words: pain, critically ill patient, specialized nursing intervention, pancreatitis

Índice

Introdução	10
Enquadramento Conceptual	14
1. Pancreatite aguda	15
2. Gestão da dor	16
3. Intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor na PSC com pancreatite aguda.....	18
Percurso De Aquisição E Desenvolvimento De Competências	25
1. Estágio em UCI	26
2. Estágio em SU	36
Considerações Finais.....	47
Referências	49

Apêndices

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Apêndice II - Cronograma do Estágio com Relatório

Apêndice III - Planeamento dos objetivos e atividades a desenvolver nos estágios

Apêndice IV - Plano de Sessão de Formação – Serviço de Urgência

Apêndice V - Sessão de Formação “Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica”

Apêndice VI – Relatório das Jornadas de Endoscopia

Anexos

Anexo 1 – Certificado de Participação “2º *Webinar* do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica”

Anexo 2 – Certificado de Participação no *Webinar* "Decidir para Cuidar - Tomada de Decisão em Enfermagem"

Anexo 3 – Certificado de Participação no Seminário “Sistemas de Informação em Enfermagem: das taxonomias aos registos e à segurança da informação. Que Desenvolvimentos?”

Anexo 4 – Certificado de Participação no 1º *Webinar* do Projeto InfFUCI | CIDNUR “A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem”

Anexo 5 – Certificado de Presença “VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”

Anexo 6 – Certificado de Participação “IV Jornadas de Endoscopia do SAMS – Antecipar”

Introdução

No seu quotidiano, o enfermeiro presta cuidados de enfermagem fundamentais para que a pessoa atinja o seu nível de saúde ideal, de acordo com a situação que está a vivenciar. Estes cuidados são estabelecidos tendo em consideração o enfermeiro, a pessoa, a família e o sistema de saúde, ou contexto, consideradas as dimensões do Cuidado Fundamental (Kitson et al., 2013).

Atualmente, ao enfermeiro, é solicitado que desenvolva competências específicas de enfermagem pela importância e exigência técnica e científica, dos cuidados de saúde (Diário da República, 2019). Considerando a prática baseada na evidência, surge o meu interesse e necessidade em desenvolver competências especializadas numa área específica do cuidado em enfermagem.

Este relatório surge no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização PSC que compreende as competências definidas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no Regulamento Geral de Funcionamento dos Cursos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem (ESEL, 2022), que vão de encontro ao que foi definido pelos Descritores de Dublin e está, igualmente contemplado, nas competências do grau de Mestre, do Decreto-Lei nº 74/2006, promulgado no Decreto-Lei nº 27/2021 (Diário da República, 2006; Diário da República, 2021).

A elaboração deste relatório constitui, de igual forma, uma estratégia no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da PSC para a obtenção do título de especialista, através da OE, correspondendo às competências definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) - Regulamento nº 140/2019 (Diário da República, 2019) e Regulamento de Competências Específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à PSC - Regulamento nº 429/2018 (Diário da República, 2018).

A escolha do tema **Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica com Pancreatite Aguda - Intervenção Especializada em Enfermagem** relaciona-se com a minha atividade profissional numa Unidade de Endoscopia. A experiência, ao longo destes anos, permitiu-me desenvolver competências nos diferentes procedimentos endoscópicos, excetuando a CPRE, pelo baixo número de exames na minha instituição.

Deste modo, experiencio algumas lacunas e, por isso, considero necessário desenvolver competências nesta área até atingir o estágio de Perito. A temática da competência é estudada por Benner, que considera perito como o nível mais elevado dos estágios de competência clínica, baseado no Modelo de Dreyfus, modelo de aquisição de competências aplicado à Enfermagem.

Esta necessidade de desenvolver competências impulsionou uma reflexão sobre os cuidados necessários à pessoa submetida a CPRE, surgindo a intervenção de enfermagem à pessoa com pancreatite aguda. Esta patologia surge, neste projeto, uma vez que a CPRE é feita quando existe o diagnóstico de pancreatite aguda litiásica, e também como complicação da técnica, não obstante das estratégias preventivas utilizadas.

A pancreatite aguda é “uma inflamação aguda do pâncreas com envolvimento frequente do tecido peripancreático” (Formanchuck et al., 2022, p. 351), sendo que a avaliação inicial inclui “uma avaliação dos parâmetros clínicos e laboratoriais” (Formanchuck et al., 2022, p. 351).

A literatura revela que a maioria das pessoas tem um decurso ligeiro da doença, no entanto, cerca de 20 a 30% pode progredir para doença grave com falência de um órgão, ou múltiplos, ou morte (Dai et al., 2022; Leppäniemi et al., 2019). Desta forma, presto cuidados de enfermagem a uma PSC uma vez que o critério surge quando as pessoas “se tornam agudos, ou gravemente doentes ou feridos, já não conseguem manter de forma independentemente a estabilidade fisiológica, ou correm um risco elevado de desenvolverem rapidamente instabilidade” (Benner, 2011, p.87).

Existem várias classificações e preditores, que podem ser mobilizados na avaliação da pancreatite aguda. Consideram-se como sintomas mais frequentes: dor abdominal, mais especificamente no epigastro e que irradia, em 50% dos casos, para a zona posterior, náuseas, vômitos, perda de apetite, febre, entre outros (Li et al., 2021).

Em 1979, a Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP) define pela primeira vez o conceito de dor. Em 2020, pela complexidade do conceito, este foi revisto e a dor é atualmente considerada como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à que está associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (IASP, 2020, s.p.). A forma como cada pessoa percebe a dor é única, resultado da

experiência pessoal, fatores culturais, ambientais, emocionais e sensoriais, entre outros (Cavalheiro et al., 2019).

A gestão da dor tornou-se uma prioridade nos cuidados de enfermagem e é considerada um direito humano (Deldar et al., 2018), como defendido em 2011 na Declaração de Montreal (IASP, 2011).

A dor é, de igual forma, um dos principais sintomas descritos no serviço de urgência (Kahsay & Pitkajärv, 2019). Concomitantemente, em cuidados intensivos, considera-se uma problemática pois é experienciada por cerca de 40 a 77,4% das pessoas internadas (Deldar et al., 2018).

Uma das funções do enfermeiro será prestar “cuidados humanizados que garantam os direitos das pessoas e o tratamento adequado e eficaz da dor” (Cavalheiro et al., 2019, p. 637). Por este motivo, e valorizando a experiência pessoal de cada pessoa, utilizarei como referencial teórico a Teoria do Cuidado Fundamental, de Kitson et al., uma vez que a teoria consiste em três dimensões inter-relacionadas “estabelecer a relação com a pessoa, ser capaz de integrar as necessidades de cuidados da pessoa e garantir que o sistema de saúde, ou contexto da prestação de cuidados, está envolvido e dá resposta a estes cuidados fundamentais” (Kitson et al., 2013, p. 11).

A gestão da dor é um processo que inclui avaliação, tratamento e reavaliação, e não deve terminar enquanto a pessoa sentir dor. Deste modo tornará possível alcançar o conforto (Avallin et al., 2018), uma necessidade fundamental da pessoa. Igualmente elementar para este processo é o autorrelato (Devlin et al., 2018; SPCI, s.d.), o nível de dor relatada pela pessoa, que se considera “o *gold standard* para a avaliação da dor e resposta à analgesia” (SPCI, s.d., p.40).

Este processo deve compreender uma abordagem holística (Avallin et al., 2018) e tem como objetivo o Cuidado Fundamental Centrado na Pessoa, no qual enfermeiro e a pessoa interagem.

O percurso académico culmina neste relatório que compreende as competências por mim desenvolvidas nos contextos em cuidados intensivos e urgência. Benner (2001) refere que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se (...) e leva a uma melhoria das atuações” (p. 63). Nesse sentido pretendo, com este relatório, dar resposta ao meu objetivo geral: Desenvolver competências especializadas em enfermagem na gestão da dor da pessoa em situação crítica com pancreatite aguda.

Por forma a ir de encontro ao objetivo geral, proponho desenvolver os seguintes objetivos específicos: Desenvolver competências na prestação de cuidados à PSC; Aprofundar conhecimentos na gestão da dor na PSC com pancreatite aguda; e Identificar a intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor, analisando-a criticamente tendo por base o referencial teórico Teoria do Cuidado Fundamental.

Neste sentido abordarei neste relatório, o enquadramento conceptual da temática, explorando a pancreatite aguda, a gestão da dor e a intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor da PSC com pancreatite aguda, e descreverei o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências nos estágios, nos contextos de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Serviço de Urgência (SU). Deste modo, serão apresentadas as principais atividades realizadas em cada contexto, à PSC, e família, alvo dos meus cuidados, com vista ao meu desenvolvimento de competências enquanto Mestre em Enfermagem.

O presente relatório foi elaborado de acordo com as recomendações do manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da ESEL (2023) que foi produzida tendo por base a referência bibliográfica da norma da *American Psychological Association*.

Enquadramento Conceptual

Os cuidados fundamentais de enfermagem são estabelecidos tendo em consideração o enfermeiro, a pessoa, a família e o sistema de saúde ou contexto, consideradas as dimensões do Cuidado Fundamental do referencial teórico Teoria do Cuidado Fundamental (Kitson et al., 2013).

A apresentação dos cuidados fundamentais surge frequentemente através da esquematização, na qual vários círculos representam as três dimensões - relacional, integrativa e contextual - se interrelacionam.

No centro, encontram-se os elementos da dimensão relacional, no qual enfermeiro, pessoa e família estabelecem uma relação (Kitson et al., 2013).

O segundo círculo corresponde à dimensão integrativa, isto é, proporcionar a integração das necessidades de cuidados das pessoas. A integração de cuidados é adequada ao grau de dependência da pessoa, e tem em conta a sua experiência prévia e a coordenação do enfermeiro. Esta integração é feita após a avaliação do enfermeiro e inclui intervenções relativas à dimensão física (limpo, quente, alimentado, hidratado, vestido, confortável e seguro) e dimensão psicossocial (promover calma e o acompanhamento, sentir-se respeitado, envolvido, informado e digno). Estas intervenções decorrem da relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa (Kitson et al., 2013).

A dimensão contextual, advém do envolvimento do sistema de saúde ou do contexto de prestação de cuidados e da sua resposta aos cuidados fundamentais descritos. Esta dimensão incorpora dois níveis, o do sistema (recursos, cultura, liderança, avaliação e *feedback*) e o político (financeiro, qualidade e segurança, governação, regulação e acreditação) (Kitson et al., 2013).

O referencial não se centra no diagnóstico clínico, tratamento ou resultado terapêutico, mas sim na avaliação, planeamento, implementação e reavaliação das necessidades fundamentais dos cuidados (Kitson et al., 2013). Neste sentido, considero que beneficiarei do conhecimento teórico adquirido ao longo do meu percurso, por forma a desenvolver competências especializadas de enfermagem através da prática baseada na evidência (Diário da República, 2019).

Considerando que a população-alvo dos meus cuidados fundamentais será a PSC com pancreatite aguda, abordarei a pancreatite aguda, a dor e a intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor na PSC com pancreatite aguda, tendo sempre presente o referencial teórico escolhido.

1. Pancreatite aguda

A pancreatite aguda é uma doença inflamatória do pâncreas, foro gastrointestinal, desencadeada pela ativação anormal das enzimas pancreáticas e libertação de vários mediadores inflamatórios (Rashid & Banga, 2018), com “um súbito aparecimento de sintomas sendo que, na ausência de danos pós-necróticos no pâncreas, resulta na resolução completa da histologia, fisiologia e sintomas; se a causa inicial for removida, não haverá recidivas” (Heckler et al., 2021, p. 521), no entanto a fisiopatologia ainda está em estudo.

A etiologia compreende várias origens, sendo que as causas mais comuns para que a doença ocorra são a litíase biliar, o consumo excessivo de álcool, a hipertrigliceridemia e a CPRE (Yan et al., 2021), correspondendo as primeiras duas a mais de 80% dos casos (Rashid & Banga, 2018).

Considera-se como subtipos, da pancreatite aguda, a pancreatite edematosa intersticial e a necrotizante, que, apesar de menos prevalente, tem uma morbilidade maior. A pancreatite aguda provoca aumento da morbilidade, internamentos prolongados e mortalidade, que representa 5% a nível global (Taylor & Docking, 2020).

A Classificação de Atlanta surgiu em 1992 de forma a uniformizar terminologias relativas aos tipos de pancreatite aguda, à sua gravidade e complicações (Colvin et al., 2020). Foi revista em 2012, mantendo-se até aos dias de hoje como um instrumento válido (Shah et al., 2018). De acordo com Szatmary et al. (2022), o diagnóstico de pancreatite aguda requer “dois de três critérios: (1) dor abdominal consistente com pancreatite, (2) uma amilase ou lipase do soro três, ou mais vezes, o limite superior do normal, e (3) resultados consistentes com a pancreatite na imagem abdominal (...) por tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética” (p.1252).

A pancreatite aguda pode causar complicações locais e sistémicas, sendo que os sinais e sintomas mais comuns são: dor epigástrica, náuseas, vômitos, perda de apetite,

febre, taquicardia, entre outros. Outras complicações incluem: hemorragia gastrointestinal, hemorragia abdominal, obstrução biliar, obstrução intestinal e fístula intestinal (Li et al., 2021).

A terapêutica inicial para o tratamento da pancreatite aguda consiste em oxigenoterapia, fluídos endovenosos, analgesia e nutrição (Cammarano et al, 2021; Szatmary et al., 2022).

2. Gestão da dor

A importância da gestão da dor é considerada uma prioridade (Leppäniemi et al., 2019). Por essa razão, importa analisar esta necessidade do cuidado fundamental, o de atingir conforto através da gestão da dor (Jangland et al., 2016; Kitson et al., 2013).

O conforto é associado a Katharina Kolcaba com o desenvolvimento da Teoria do Conforto, no qual define uma estrutura taxonómica sobre o conforto que compreende o tipo (alívio, tranquilidade e transcendência) e o contexto onde o conforto ocorre (físico, psicoespiritual, ambiental e social) (Kolcaba, 2005). Na PSC, o conforto surge também na família “numa lógica de assistência de qualidade, ... surge como uma dimensão parcialmente controlável, através de atividades de suporte, proteção ou correção dos ambientes” (Lima et al., 2022, p.6).

A dor é, como referi anteriormente, segundo a IASP (2020) uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à que está associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (s.p.). Este conceito é utilizado por vários autores, como é o caso da Sociedade Europeia de Medicina de Emergência (EUSEM) que, em 2020, publica um guia da prática para a gestão da dor aguda em situações de emergência.

A EUSEM (2020) explicita a fisiopatologia da dor como

o resultado da ativação de terminações nervosas livres por danos nos tecidos ou doença. Os mediadores mecânicos, térmicos ou químicos, tais como a bradicinina, a substância *P*, a histamina e as prostaglandinas são libertados do local da lesão, resultando na geração de potenciais de ação que viajam ao longo dos nervos aferentes até ao corno dorsal da medula espinhal. Isso leva à libertação de neurotransmissores e neuropeptídeos que permitem aos potenciais de ação transferir para o trato espinotalâmico e depois subam ao tálamo e ao mesencéfalo. Os sinais nociceptivos do

tálamo são transmitidos para outras áreas do cérebro, incluindo o córtex, o sistema límbico e os lóbulos frontais e parietais, e é aqui que os potenciais de ação são vistos como dor (EUSEM, 2020, p. 14).

A dor pode ser somática, visceral ou neuropática (Devlin et al., 2018) e a sua experiência é subjetiva e afetada, por exemplo, por fatores emocionais, como o stress, a ansiedade e a apreensão (EUSEM, 2020). Para a EUSEM (2020), são considerados componentes fundamentais para a avaliação da dor: local, circunstâncias associadas ao início da dor, características, intensidade, sintomas associados, efeito da dor nas atividades de vida diária e sono, tratamento, história clínica relevante e fatores que afetam o tratamento sintomático das pessoas.

A avaliação, feita pelos profissionais de saúde, de alterações ao nível dos sinais vitais funciona como preditores de presença de dor, mas a avaliação da dor através de escalas sobrepõe-se, sendo indispensável sempre que possível o autorelato da pessoa (Devlin et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), s.d.), considerado como o *gold standard* (SPCI, s.d.).

Por isso, a avaliação da dor é fulcral na prestação de cuidados, sendo necessário adaptar as escalas de avaliação da dor à pessoa a quem prestamos cuidados. No caso de pessoas internadas é necessário atender também a características como comunicação, estado mental alterado, ventilação mecânica, procedimentos e uso de dispositivos invasivos, perturbação do sono e imobilidade (Devlin et al., 2018). Deste modo, importa conhecer as escalas de avaliação da dor, como a escala numérica da dor, escala analógica visual, e em situações particulares com idosos ou pessoas com deficiência cognitiva a avaliação da dor na escala avançada de demência (PAINAD) ou em pessoas sedadas ou inconscientes a escala de dor comportamental (BPS) (EUSEM, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986, publicou o seu primeiro parecer sobre a *pain relief ladder*, que consiste numa escada de alívio da dor de três níveis e que preconiza três princípios “pelo relógio, pela boca, pela escada” (OMS, s. d., p.1.), referindo que tem baixos custos e é eficaz ao serem otimizados em cerca de 80-90% (OMS, s.d.). O desenvolvimento de técnicas farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor tem incitado a revisão da escala (EUSEM, 2020).

Consideram-se medidas não farmacológicas: partilha de informação, relaxamento, para redução de stress e tensão muscular, hipnose, intervenção cognitiva comportamental, estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS), acupuntura e outras abordagens, como por exemplo, o frio e calor, a tração e a flexão e posicionamento da pessoa (EUSEM, 2020); música e massagem (Devlin *et al.*, 2018).

As medidas farmacológicas podem estar subdivididas, de acordo com a EUSEM (2020), com a gravidade experienciada pela pessoa em suave (paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides – por via oral), moderada (paracetamol – por via endovenosa - ou paracetamol – por via oral- associado a opióides fracos como a codeína e o tramadol) e severa (morfina e fentanilo – por via endovenosa). Existe também referência ao metamizol magnésico, cetamina, bloqueios nervosos e lidocaína. A gestão da dor através de medidas farmacológicas pode recorrer ao uso da escada da dor inversa, iniciando-se com opióides fortes (EUSEM, 2020; OMS, s. d.).

Após a intervenção do enfermeiro, com qualquer uma das medidas anteriormente referidas, é importante reavaliar, e este processo de gestão da dor não termina até a pessoa ter dor zero.

3. Intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor na PSC com pancreatite aguda

A pancreatite aguda causa dores abdominais intensas, irradiando, por vezes, para a região posterior, que afetam a qualidade de vida das pessoas. A dor surge uma vez que existe uma ativação prematura das enzimas pancreáticas, que vazam para o tecido circundante promovendo o processo digestivo antes de chegar ao intestino. A par da ativação das enzimas pancreáticas, a necrose dos tecidos proporciona a libertação local de mediadores inflamatórios. A inflamação originada tem efeito direto nos nervos sensoriais ao nível do plexo celíaco, nível da medula T5-T9, resultando em dor nocipetiva, do tipo visceral (Mayerle *et al.*, 2005; Strayer & Schub, 2018).

A gestão da dor é um dos pilares para o tratamento da pancreatite aguda com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reduzir a gravidade da doença (Jang *et al.*, 2018). A prestação de cuidados centrados na pessoa compreende o atendimento às

necessidades fundamentais da pessoa, tal como o conforto, que inclui a gestão da dor (Avallin et al, 2017).

Deste modo, a gestão da dor é feita tendo em conta a individualidade de cada pessoa a quem prestamos cuidados. Caso a dor não seja tratada pode surgir dor crónica e aumento do risco de infeção pela alteração do metabolismo (Avallin et al, 2017).

De acordo com Jang et al (2018) “uma das razões para o desafio da gestão da dor é a elevada complexidade da própria pancreatite aguda” (p.5). A gestão da dor da PSC com pancreatite aguda pode ser uma intervenção autónoma ou interdependente do enfermeiro especialista, sendo o objetivo final que a pessoa tenha dor zero. Pode ser utilizada uma escada de analgesia, consoante a dor seja ligeira, moderada ou severa (Jang et al, 2018; Szatmary et al., 2022). A analgesia farmacológica pode ser dividida em anti-inflamatórios não esteróides, analgésicos opióides e anestésicos locais (Meng et al., 2013).

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) ajudam através da inibição da síntese de prostaglandinas (Meng et al., 2013). De acordo com o mesmo autor, a pentazocina e o metamizol magnésico são também uma opção de escolha, ao contrário da procaina.

Existe alguma literatura que refere que o metamizol magnésico apesar da elevada eficácia na gestão da dor na pancreatite aguda está associado a agranulocitose, sendo proibido em alguns países e restrito em outros (EUSEM, 2020), mas Portugal está fora dessa decisão.

A literatura diz-nos que a maioria das vezes a dor na pancreatite aguda é tratada com opióides, como a petidina, fentanilo e a morfina (Meng et al., 2013), apesar de estar descrito que podem aumentar as contrações no esfíncter de Oddi (Szatmary et al., 2022). O seu mecanismo de ação é o alívio da dor “imitando a função dos peptídeos opióides endógenos que ativam o recetor opióide” (Meng et al., 2013, p.201).

Cerca de 80% das pessoas experienciam pelo menos um efeito adverso, são exemplos: vômitos, sonolência, depressão respiratória, hipotensão e delírio (Jang et al, 2018; Mantuani et al, 2020). Se os opióides forem utilizados a longo prazo, podem surgir efeitos adversos graves como a hiperalgesia, disfunção neuroendócrina e imunossupressão (Jang et al, 2018).

Este grupo farmacológico é seguro e eficaz na gestão da dor da pessoa com pancreatite aguda e evita a necessidade de analgesia suplementar (Jang et al, 2018; Szatmary et al., 2022). Todavia, apesar de seguros e eficazes na gestão da dor, os opióides

podem desencadear dependência (Jang et al, 2018; Mantuani et al, 2020). De acordo com Mantuani et al (2020) “até 10% das pessoas hospitalizadas por pancreatite aguda ainda tomam opióides 6 meses após a alta” (p.5). Daí se considerar de extrema importância investigar novos tratamentos para o alívio da dor.

A utilização de opióides em pessoas com dor abdominal aguda não aumenta o erro do risco de diagnóstico, deste modo não devem existir dúvidas quanto a iniciar analgesia o mais precocemente possível (EUSEM, 2020; Machicado & Papachristou, 2019).

A analgesia epidural é considerada igualmente eficaz na gestão da dor da pessoa com pancreatite aguda (Sasabuchi et al, 2017). Esta intervenção está associada ao aumento da microcirculação pancreática e resposta sistémica atenuada (Sasabuchi et al, 2017; Szatmary et al., 2022). A literatura diz-nos que apesar de segura, por vários estudos que foram feitos até ao momento, justifica-se aumentar o conhecimento sobre esta intervenção através de “investigações para avaliar a eficácia e a segurança da analgesia epidural em doentes com pancreatite aguda” (Sasabuchi et al, 2017, p.384).

A analgesia epidural torácica além da diminuição da dor, exerce um efeito anti-inflamatório e promove a perfusão pancreática e esplénica durante a pancreatite aguda (Cammarano et al, 2021; Jabaudon et al., 2017). Estudos referem que, comparativamente a estratégias de controlo da dor sem analgesia epidural, a analgesia epidural está associada a uma mortalidade reduzida (Jabaudon et al., 2017).

Subsistem vários motivos pelos quais esta intervenção não é tida como de primeira linha na gestão da dor da pessoa com pancreatite aguda, nomeadamente: médicos que não são peritos em analgesia epidural, risco para pessoa com pancreatite aguda desenvolver hematoma epidural no momento da inserção ou retirada do cateter, coagulopatias e o risco de infeção. Outras complicações associadas à analgesia epidural são a retenção urinária e o bloqueio motor (Jabaudon et al., 2017; Sasabuchi et al, 2017).

No caso da anestesia regional, o bloqueio do nervo paravertebral tem demonstrado “uma eficácia substancial no tratamento da dor abdominal e torácica” (Cammarano et al, 2021, p.1), havendo casos clínicos que comprovam o sucesso do bloqueio contínuo do nervo paravertebral torácico em pessoas com pancreatite. A escolha desta opção analgésica diminuiu o risco de hipotensão em comparação com a analgesia epidural (Cammarano et al, 2021).

Existe também o bloqueio ecoguiado do músculo eretor da espinha, de acordo com Mantuani et al (2020) “quando realizado a um nível vertebral inferior, como T7, o bloqueio ecoguiado do músculo eretor da espinha produz analgesia somática através do bloqueio dos ramos dorsal e ventral dos nervos espinhais, e analgesia visceral através do bloqueio do simpático” (p.5). A instilação pode ser feita com bupivacaína, sendo que a administração também de epinefrina acrescenta benefícios tais como “prolonga a duração da analgesia, e pode dar sinais de alerta precoce de ansiedade e taquicardia se inadvertidamente injetado num vaso sanguíneo” (Mantuani et al, 2020, p.6). Este tipo de analgesia tem como complicações relacionadas pneumotórax e toxicidade sistêmica devido ao anestésico local (Mantuani et al, 2020).

O bloqueio dos transversos abdominais é outra forma de analgesia local e tem sido descrito como técnica adjuvante para o controlo dor na pessoa com pancreatite, no entanto esta técnica como visa os nervos periféricos somáticos não afeta a dor de origem visceral (Mantuani et al, 2020).

Além da abordagem farmacológica, a gestão da dor implica intervenção não farmacológica, utilizada de forma singular ou como parte de uma abordagem multidisciplinar (EUSEM, 2020). Este tipo de abordagem deve ser adaptada à pessoa a quem prestamos cuidados. De acordo com Avallin et al (2017)

embora a gestão da dor seja um direito humano reconhecido, a dor não controlada continua a causar sofrimento e prolongar os cuidados hospitalares. Perguntas sem resposta sobre como gerir a dor com sucesso relacionam-se tanto com a cultura organizacional como com o desempenho individual dos profissionais (...) A gestão da dor centrada na pessoa requer uma organização onde as pessoas e os enfermeiros partilham o seu conhecimento de gestão da dor como verdadeiros parceiros (p.2596).

A dor é considerada “uma experiência subjetiva influenciada pela cultura, dor anterior, humor e capacidade de lidar” (Avallin et al, 2017, p.2597).

Neste sentido é necessário estabelecer uma relação enfermeiro- pessoa- família com base na confiança, estar presente, estabelecer contato visual, promover a escuta ativa, mesmo em interações curtas, uma vez que estas medidas dão oportunidade aos profissionais de saúde e às pessoas de partilhar conhecimentos sobre a dor e a sua gestão (Avallin et al, 2017). Desta partilha deve conjuntamente existir a partilha de

informações processuais e sensoriais, uma vez que parece “afetar positivamente os resultados e leva a reduções nos requisitos reportados de anestésicos e analgésicos, melhorias na recuperação pós-operatória e reduções na duração da estadia hospitalar” (EUSEM, 2020, p. 25), devendo tal ser coerente com a pessoa a quem prestamos cuidados pois para algumas pessoas demasiada informação pode aumentar a ansiedade (EUSEM, 2020).

A redução do stress e da tensão muscular pode ser promovida a partir do relaxamento como foco nos padrões respiratórios, na concentração em imagens mentais de situações relaxantes e libertação gradual da tensão muscular ao longo do corpo, assim como a música (EUSEM, 2020). O posicionamento da pessoa influencia também a dor, sendo que se deve evitar o decúbito dorsal (Strayer & Schub, 2018).

A hipnose é uma técnica utilizada em pessoas com dor, sendo que os estudos referem que se torna mais eficaz comparativamente a situações que não envolvam intervenções psicológicas (EUSEM, 2020).

Existem também métodos de controlo de atenção que incluem técnicas de distração, concentração em situações ou sensações imaginadas, foco em estímulos externos como música ou odores e alteração do estado emocional; terapêutica cognitiva comportamental (EUSEM, 2020).

Outras abordagens incluem a ecografia com ondas sonoras de alta frequência direcionadas para um local específico no sentido de estimular o tecido para fins terapêuticos, como por exemplo os bloqueios nervosos ecoguiados, a crioterapia, o calor e o posicionamento (EUSEM, 2020).

A acupuntura é uma notória terapia tradicional usada há milhares de anos na China (Jang et al, 2018; EUSEM, 2020). Mais tarde, foi incluída noutras regiões como a Europa e os Estados Unidos.

O alívio da dor através da acupuntura é a forma mais estudada, de acordo com Jang et al (2018) “está associada a efeitos neurotransmissores, como a libertação de endorfina (...) poderia ser uma alternativa adequada para os analgésicos opióides, uma vez que tem sido conhecido como um tratamento eficaz para o alívio da dor sem dependência” (p.2).

A electroacupuntura é uma forma de acupuntura na qual “uma pequena corrente elétrica é passada entre pares de agulhas de acupuntura” (Jang et al, 2018, p.2). O grande benefício é não existir risco de dependência (Jang et al, 2018).

Por fim gostaria de incluir a estimulação elétrica do nervo via transcutânea, habitualmente conhecido por TENS. De acordo com a EUSEM (2020), o alívio da dor é alcançado pela administração de “correntes elétricas pulsadas através da superfície intacta da pele para estimular seletivamente fibras nervosas periféricas não nocivas e de baixo limiar na pele. Alega-se que inibe a transmissão de informação nociceptiva ao nível da medula espinhal” (p. 27).

A dor que é percebida pela pessoa torna restritos os movimentos da parede abdominal, e por isso a função respiratória pode ficar prejudicada (Cammarano et al., 2021). A alimentação é, identicamente, uma intervenção na gestão da dor, pois esta exacerba-se quando são ingeridos alimentos ricos em gordura (Strayer & Schub, 2018).

A gestão da dor é algo a ter em conta qualquer que seja a situação de saúde/doença que leva uma pessoa a necessitar de cuidados em saúde, em particular cuidados de enfermagem.

Considerar a gestão da dor como critério de qualidade dos cuidados é um objetivo diário, que se gera tendo por base uma relação de confiança enfermeiro- pessoa – família. Muitas vezes, em contextos de cuidados intensivos e de urgência, os momentos de contacto são curtos, mas estabelecer uma relação de confiança é algo fulcral para o sucesso da gestão de dor.

Esta gestão inclui avaliação, tratamento e reavaliação enquanto a dor permanecer (Avallin et al, 2017). O tratamento disponível atualmente é muito diversificado, e os vários tipos de analgesia são utilizados, de forma independente ou em combinação.

De acordo com Avallin et al (2017), atendendo ao referencial teórico Teoria do Cuidado Fundamental é fundamental que se:

1. estabeleça/mantenha uma relação de confiança com a pessoa mostrando competência e vontade de cuidar, estar atento nas interações, fazer contacto visual, partilhar conhecimento com a pessoa, e agir sobre esse conhecimento partilhado;
2. comunicar para chegar a uma compreensão mútua da gestão da dor, perguntando sobre a dor, a experiência e a necessidade de gestão da dor; ouvir a pessoa e responder à necessidade de informação. Confirmar a compreensão mútua; e
3. administrar analgésicos de forma

individualizada com base na avaliação, avaliação sistemática da dor e repetir os passos 1-3 (p. 2606).

No caso específico da pancreatite aguda as últimas recomendações referem que as pessoas não devem ter alta hospitalar com prescrição de opióides (Szatmary et al., 2022).

A intervenção do enfermeiro na gestão da dor aguda, através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, é considerada uma competência do EE, em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da PSC (Diário da República, 2018). Esta intervenção dá resposta às necessidades fundamentais da pessoa (Jangland et al., 2016).

Percurso De Aquisição E Desenvolvimento De Competências

A elaboração deste relatório permite demonstrar o meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da PSC de forma a dar resposta às competências específicas atribuídas ao grau de Mestre, preconizadas pelos Descritores de Dublin (Diário da República, 2006; Diário da República, 2021) e pela ESEL (ESEL, 2022). Equitativamente possibilitará apresentar as competências necessárias para EE (Diário da República, 2019), em particular na área da PSC (Diário da República, 2018).

Benner (2001) é uma das teóricas em enfermagem que fala sobre a aquisição de competências através do modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem, baseado no Modelo de Dreyfus. De acordo com o nível de experiência do enfermeiro, este percorre cinco estádios: Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Relativamente à experiência referida, Benner (2001) considera que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p. 61). Esta afirmação vai de encontro a uma das ideias presentes no modelo de Dreyfus que nos diz que “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se (...) e leva a uma melhoria das atuações” (Benner, 2001, p. 63).

O EE, qualquer que seja a sua área de especialidade, partilha competências comuns, que são demonstradas “através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Diário da República, 2019, p. 4745).

Existem competências específicas do EE em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à PSC:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou

falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Diário da República, 2018, p. 19359).

No sentido do desenvolvimento de competências, o percurso realizado ao longo deste Mestrado incluiu um estágio durante dezoito semanas, em contexto de cuidados intensivos e urgência, presença em *webinars*, congresso, e participação numas jornadas de endoscopia.

Os estágios foram realizados em hospitais da região metropolitana de Lisboa, do foro privado e público, e permitiram desenvolver competências especializadas de enfermagem à PSC e família, consistindo o objetivo geral em desenvolver competências especializadas em enfermagem na gestão da dor da PSC com pancreatite aguda.

O desenvolvimento de competências, nos dois contextos, irá ser abordado de seguida abrangendo as atividades realizadas para alcançar os objetivos a que me propus inicialmente, tendo em conta o enfermeiro, a pessoa, a família e o sistema de saúde ou o contexto, onde os cuidados ocorrem, consideradas as dimensões do Cuidado Fundamental (Kitson et al., 2013).

1. Estágio em UCI

O estágio em cuidados intensivos decorreu entre 3 de outubro e 25 de novembro de 2022, num hospital privado da zona metropolitana de Lisboa.

A tabela que compreende o objetivo específico, as atividades a desenvolver e o resultado esperado encontra-se em apêndice (Apêndice III) por forma a ser visualmente clara a sua consulta.

De seguida irei explicitar como desenvolvi diversas competências ao longo destes dois meses de estágio, acreditando que possa demonstrar em que medida incluí neste percurso as competências comuns do EE que

envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem (Diário da República, 2019, p. 4744).

Especificar todos os domínios e unidades de competência individualmente neste relatório seria possivelmente pouco aprazível pelo que optei por identificar situações vivenciadas neste estágio que me proporcionaram diversos momentos de aprendizagem no que diz respeito aos cuidados de enfermagem à PSC.

Considero que atingi o resultado esperado para o primeiro objetivo específico, isto é, a **intervenção de enfermagem especializada à PSC e Família**, mobilizando as **dimensões do cuidado fundamental – relacional, integrativa e contextual** – uma vez que incluí todas as dimensões do cuidado associadas à prestação de cuidados de enfermagem.

A UCI encontra-se inserida no piso comum ao Bloco Operatório e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. Dispõe de dezasseis unidades individualizadas todas equipadas com monitor para monitorização hemodinâmica e um ventilador. Duas dessas unidades incluíam casa de banho e foram adaptadas para dar resposta à pandemia por *Sars-CoV 2*. Vários monitores ao longo da unidade transmitiam os sinais vitais de cada pessoa que se encontrava internada na UCI. O equipamento de reanimação encontrava-se acessível, assim como uma mala de transporte que pode ser usada pela equipa da UCI para dar apoio em qualquer zona do hospital.

A equipa de enfermagem recebeu-me adequadamente, em particular a Enfermeira Orientadora e o Enfermeiro Chefe, que cooperaram ao longo deste estágio para atingir os resultados desejados. A equipa médica, foi igualmente afável proporcionando momentos de aprendizagem, como exemplo, uma ecografia diafragmática numa pessoa que estava sob suporte ventilatório e a colocação de uma linha arterial.

O estabelecimento de relações terapêuticas, e multiprofissionais, é fundamental para a otimização dos cuidados de saúde prestados à PSC, e é uma competência ao nível do **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**.

A discussão de peritos em qualquer área do saber é um momento de aprendizagem, tal como sucedeu ao longo dos turnos, mas também com o *webinar* **“Decidir para Cuidar – Tomada de Decisão em Enfermagem”**, que ocasionou promover a **reflexão** sobre o **processo de tomada de decisão**. Tal sucede uma vez que, enquanto enfermeira a realizar um estágio em contexto académico, estarei sempre sob orientação

de outro a quem serão primeiramente imputadas as responsabilidades inerentes à prestação de cuidados.

A tomada de decisão é, para Marques (2017) “a pedra angular das competências em enfermagem e as decisões clínicas tomadas traduzem o contributo dos enfermeiros para a produção de saúde” (p. 796). A autora refere ainda que para uma maior precisão dos termos, e da sua distinção, é necessário ter em conta os seis tipos de tomada de decisão, categorizados por Thompson & Stapley (2011) no qual “quase todos implicam a aplicação de “ordem superior”” (p. 882).

Deste modo concluo que, qualquer que seja a fase de desenvolvimento enquanto enfermeiros, a tomada de decisão é um processo para o qual, é igualmente necessário desenvolver competências. Desse modo fica clara a importância deste tema tanto para alunos, como para os enfermeiros no seu dia-a-dia.

Este estágio permitiu-me, neste caso, desenvolver competências no processo de tomada de decisão, no que ao **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** se relaciona uma vez que é solicitado ao EE que demonstre “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Diário da República, 2019, p. 4746).

No início do estágio, uma das primeiras atividades que realizei na UCI foi examinar o programa informático e as escalas disponíveis, dada a importância do registo de enfermagem para a **continuidade dos cuidados**.

A avaliação do **estado de consciência** é também feita uma vez por turno e sempre que existam alterações do mesmo na PSC. Para esta avaliação é possível utilizar a Escala de Glasgow, a Escala de Ramsay e a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS).

A comunicação com a PSC é também fundamental que seja adaptada, sendo que o EE “demonstra competências específicas em **técnicas de comunicação** que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto” (Diário de República, 2018, p. 19360), e demonstra “conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidados em situação crítica” (Diário da República, 2018, p.19363).

De modo similar, a **avaliação da dor**, que deveras valorizo, é algo que pode ser adaptada de acordo com características tais como: comunicação, estado de consciência,

ventilação mecânica, procedimentos e uso de dispositivos invasivos, perturbação do sono e imobilidade (Devlin et al., 2018). Deste modo, importa aplicar as escalas de avaliação da dor consoante as características inerentes à pessoa, consistindo como exemplos a escala numérica da dor, escala analógica visual, PAINAD ou BPS (EUSEM, 2020).

Ao abordar a **via aérea** prestei cuidados a pessoas sob suporte ventilatório com ventilador e com máscara de alto fluxo. O alto fluxo foi uma técnica que me foi apresentada pela Enfermeira Orientadora, através da divulgação de uma comunicação que tinha feito sobre o tema numa formação da instituição. Desenvolvi competências na avaliação dos parâmetros ventilatórios por forma a antecipar intervenções de enfermagem que melhorassem a função respiratória. Prestei também cuidados de enfermagem a pessoas com traqueostomia pelo que desenvolvi competências no cuidado à mesma.

Relativamente à **monitorização** da PSC foi-me possível desenvolver competências ao nível do traçado eletrocardiográfico, mas principalmente ter em conta as variações nos sinais vitais como sinais de alerta, como é o caso da dor. Teria sido pertinente a utilização do *National Early Warning Score* (NEWS). Esta escala de alerta precoce tem como objetivo primordial “a identificação precoce do risco de deterioração fisiológica da pessoa (...) que traduz o grau de risco e, conseqüentemente, determina a frequência de monitorização, as decisões de intervenção ou a ativação de um alerta médico” (Figueira & Pereira, 2020, p.36) e consiste num somatório de pontos (3,2,1,0) de acordo com os parâmetros fisiológicos (frequência respiratória, saturações de oxigénio, oxigénio suplementar, temperatura, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e estado de consciência).

Inumeráveis dispositivos e técnicas invasivas coadjuvam os cuidados, e são muitas vezes indispensáveis à manutenção da qualidade de vida e sobrevivência da PSC. A linha arterial, por exemplo, permite uma avaliação invasiva contínua da tensão arterial, tendo a sua manipulação facilitado uma célere aprendizagem. Foi-me também permitido visualizar técnicas de substituição renal, manipular cateteres epidurais, entre outros.

A PSC está frequentemente sob suporte de perfusão de fármacos, ao que acrescenta a medicação prescrita em esquema terapêutico. Dessa forma desenvolvi competências técnicas no manuseamento de cateteres venosos periféricos e centrais, administração de medicação via subcutânea e manipulação de seringas infusoras. Foi também possível manipular analgesia controlada pela pessoa (PCA), atendendo

particularmente à limitação de dose máxima possível de ser administrada. Permitiu-me de igual forma conhecer processos terapêuticos complexos e com características muito específicas, garantindo um ambiente terapêutico e seguro – Competências do **domínio da melhoria contínua da qualidade** (Diário da República, 2019).

Por conseguinte foi-me possível “Implementar as intervenções planeadas tendente à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença aguda ou crónica e dos **processos médicos e/ou cirúrgicos complexos** que careçam de meios de intervenção avançados” (Diário da República, 2019, p.19361).

A PSC em UCI necessita cuidados de enfermagem diferenciados, encontrando-se frequentemente, conectada a mais do que um dispositivo que monitoriza ou intervém nos cuidados. Por isso, os cuidados de higiene e o posicionamento da PSC várias vezes no turno tornou-se uma enorme aprendizagem. O estágio permitiu-me de igual forma realizar cuidados a feridas, principalmente cirúrgicas e úlceras por pressão.

A UCI onde realizei estágio acolhia pessoas em situação pós-cirúrgica de cirurgias *major*, como a cardíaca. Prestar cuidados de enfermagem a esta população permitiu-me desenvolver competências ao nível da desconexão ao ventilador, extubação, drenos cirúrgicos, entre outros.

Os cuidados de enfermagem devem ser individualizados tendo em conta as necessidades da pessoa submetida a cirurgia, mas também de acordo com a complexidade da clínica associada à patologia oncológica, por exemplo. Por forma a facilitar este processo as instituições e entidades de referência elaboram protocolos que promovem a melhoria dos cuidados.

Como referi anteriormente, é para mim expressiva a importância dos **registos em enfermagem**, tal como demonstra o processo de enfermagem ao ser algo complexo, e que se coaduna com a complexidade dos cuidados em enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2009). Considero-o dinâmico, requerendo reflexão e individualização dos cuidados de enfermagem. Isto permite uma melhoria na continuidade de cuidados pois, desta forma, é possível verificar se existe evolução favorável no decurso da situação de saúde/doença da pessoa a quem prestamos cuidados de enfermagem.

A elaboração de um estudo de caso permitiu que desenvolvesse competências no que diz respeito ao processo de enfermagem, mas também relativamente à Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Foi igualmente importante, a elaboração deste documento, para conhecer de uma forma mais aprofundada o protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* - Recuperação Pós-Operatória Optimizada (ERAS).

Este protocolo é utilizado pela instituição onde realizei o meu estágio e, uma vez que a UCI era polivalente, recebia muitas pessoas submetidas a cirurgia *major* segundo o ERAS. A importância deste protocolo para o dia-a-dia na unidade é indelével, sendo que, para mim, facilitou a compreensão na relação entre alguns cuidados específicos, que são necessários concretizar. Este protocolo “previne complicações, reconhecendo a complexidade das situações de saúde vivenciadas pela pessoa, família e cuidadores” (Diário da República, 2018, p. 19361).

Além do referido anteriormente a gestão da dor é parte integrante em dois itens do protocolo ERAS - analgesia epidural e analgesia pós-operatória por via endovenosa e oral. De acordo com Pak et al. (2017) “é de particular importância na nossa população de estudo de pessoas com doenças do pâncreas para os quais o controlo adequado da dor é um fator crítico na manutenção de uma boa qualidade de vida” (p.2), além de que o “controlo inadequado da dor após qualquer procedimento cirúrgico aumenta a morbilidade geral, a permanência no hospital e o tempo de recuperação” (Akter et al, 2021, p.3166).

O protocolo ERAS concede à gestão da dor grande importância, contribuindo para o meu desenvolvimento do conhecimento relativo a intervenções especializadas que desconhecia.

Por sua vez, o controlo de infeção é, a meu ver, algo muito presente no decorrer da prestação de cuidados. Existe uma estreita relação entre a comissão de controlo de infeção do hospital e da equipa da UCI pelo que se torna fácil o contato e a implementação de barreiras de proteção necessárias à segurança da pessoa, família, enfermeiro e contexto, por exemplo. Esta é uma competência específica do EE, que de acordo com o Diário da República (2019), “Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção” (p. 4748), no âmbito do **Domínio de Melhoria Contínua da Qualidade**.

O enfermeiro especialista em PSC “maximiza a intervenção na **prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos** perante a PSC e/ou falência

orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (DR, 2018, p. 19364). A consulta do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos da Direção Geral de Saúde é deveras vantajoso para o aumento da literacia sobre o tema.

Uma das técnicas que desconhecia até à realização do estágio, mas decidi transportar para o meu serviço para futura implementação, relaciona-se com a técnica de comunicação por Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação (ISBAR).

O **ISBAR** é “uma abordagem baseada em evidências para garantir uma comunicação consistente e estruturada e pode ser usada na colaboração inter e intraprofissional para pessoas prestes a serem submetidos à cirurgia (...) pode melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e reduzir os erros de comunicação” (Andreasen et al., 2022, p.2).

A pessoa que se encontra internada, na qual podemos incluir a PSC, necessita do apoio de várias especialidades sendo, por vezes necessário, transferir de serviço, ou receber na UCI. A comunicação da informação relativa a cada pessoa é realizada através da comunicação verbal, mas também dos registos de enfermagem. Apesar da literatura reportar à pessoa submetida a cirurgia, o ISBAR é, a meu ver, fundamental qualquer que seja o motivo do internamento.

Os erros de comunicação podem originar incidentes críticos e colocar em risco a segurança da pessoa (Andreasen et al., 2022; Kaltoft et al, 2022,) e, por essa razão, o uso desta ferramenta pode proporcionar à equipa de enfermagem uma “sensação de previsibilidade e segurança” (Haddeland et al., 2022, p.6), sendo imperativo que a “formação e a prática eficazes e contínuas na utilização da ferramenta ISBAR são essenciais para garantir que todo o pessoal de saúde é competente na sua utilização” (Haddeland et al., 2022, p.6).

A transferência para outros hospitais existia quando técnicas diferenciadas, como a Oxigenação por Membrana Extra Corpórea (ECMO), eram necessárias, não tendo ocorrido oportunidade de preparar ou realizar nenhum transporte extra-hospitalar.

O segundo objetivo específico foi “Aprofundar conhecimentos na gestão da dor na pessoa em situação crítica com pancreatite aguda”. Relativamente a este objetivo foi necessário, ao longo do estágio suprimir algumas atividades nomeadamente o resumo

da Semana Digestiva Europeia que não presenciei, mas também formações no âmbito da dor aguda que não vi disponibilizadas até ao momento.

No entanto, a minha participação nas **VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva - Monitorização do Doente Crítico em Medicina Intensiva** - permitiu que um dos posters presentes intitulado “Monitorização e avaliação da dor na PSC: revisão integrativa da literatura” de Teixeira & Silva (2022) transmitisse novos conhecimentos.

A revisão da literatura que fiz inicialmente sobre a gestão da dor vai de acordo ao referenciado no artigo no que às escalas de avaliação da dor diz respeito, e que me foi possível aplicar ao longo do meu estágio de UCI, através da sua presença no sistema informático *Soarian*.

Para Teixeira & Silva (2022) a gestão da dor “torna-se essencial, envolvendo a sua monitorização, avaliação e tratamento, o que requer o uso de escalas e instrumentos apropriados” (p.1056), corroborando com Kahsay & Pitkääjärvi (2019), que referem que a indisponibilidade de protocolos e orientações de avaliação e gestão da dor são exemplos de barreiras identificadas pelos enfermeiros.

Encontrei também um novo método de **monitorização e avaliação da dor na PSC**, o monitor *Analgesia Nociception Index (ANI)* – Índice de Nociceção da Analgesia. A literatura que li inicialmente adjudicava este tipo de monitorização ao bloco operatório, no entanto a própria indústria refere a importância do seu uso em UCI para alcançar equilíbrio entre a ventilação e a analgesia.

Para desenvolver as atividades a que me propus, consultei ainda os protocolos da instituição para agir de acordo com os mesmos, imediatamente na primeira semana de estágio.

Efetivei uma pesquisa no programa informático *Soarian* mas não encontrei nenhuma escala específica relacionada com a pancreatite. No entanto, relativamente à pancreatite, considero importante a pesquisa que realizei aquando da realização do estudo de caso sobre uma pessoa submetida a pancreatectomia distal.

Na instituição onde realizei o meu estágio a cirurgia pancreática rege-se pelo protocolo ERAS, protocolo esse que explicitarei anteriormente. Além do protocolo interno da instituição realizei uma pesquisa bibliográfica sobre o tema que me permitiu comprovar a importância da gestão da dor e descobrir a analgesia através Transabdominal Wound Catheters (TAWC) - cateteres de feridas transabdominais. De

acordo com Akter et al (2021) “os TAWC tornaram-se mais comuns na cirurgia abdominal, uma vez que se tem mostrado comparável à analgesia epidural em termos de alívio da dor com menos complicações” (p.3166). Apesar das vantagens associadas a esta técnica, do que me foi possível conferenciar com anestesistas, e outros profissionais de saúde, de diversas instituições é uma técnica pouco utilizada.

A pesquisa bibliográfica que fiz permitiu que “Mobilize conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” – **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**.

Desta forma, concluo ter atingido o resultado esperado Aquisição de conhecimentos para uma prática baseada na evidência, com partilha de conhecimentos entre os diversos profissionais de saúde com quem estabeleço contacto diariamente.

O terceiro, e último, objetivo específico foi Identificar a intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor, analisando-a criticamente tendo por base o referencial teórico Teoria do Cuidado Fundamental.

A entrevista a um Enfermeiro perito sobre a gestão da dor não foi possível desenvolver, no entanto a visita à consulta da dor permitiu-me mobilizar conhecimentos junto da equipa que a realizava.

A consulta da dor na instituição onde realizei o meu estágio é constituída por enfermeiros e anestesistas, que trabalham em equipa de dois elementos, no entanto, o objetivo desta consulta é a gestão da dor crónica, sendo que a dor na pessoa em situação paliativa é gerida pela equipa de cuidados paliativos. O meu grande interesse era a abordagem na pessoa com dor aguda, mas foi aliciante o conhecimento que adquiri relativo à dor crónica pois é preciso perceber que os resultados esperados não podem ser iguais nos vários tipos de dor, e o caminho a percorrer é igualmente diferente.

A consulta, e os momentos informais que vivenciei no local de estágio permitiram que disseminasse o conhecimento adquirido através da **Revisão Integrativa da Literatura (RIL)**, assim como os momentos que vivencio diariamente junto da equipa multidisciplinar com quem trabalho, em particular com enfermeiros e anestesistas, sendo uma competência de Mestre “Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Diário da República (DR), 2008, p. 3842).

Elaborei um **documento reflexivo** sobre uma situação de prestação de cuidados vivenciada neste estágio relacionada com a **gestão da dor** e a **promoção do conforto** através da analgesia disponível, medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Uma das situações de cuidados que vivenciei demonstrou-me, em particular, que a literatura que analisei até agora, e sob a qual refleti, dá-me ferramentas para ajudar o outro, o que me deixa confiante. Ao ter em conta tudo o que referi no enquadramento conceptual sobre a gestão da dor, a prestação de **cuidados individualizados** à PSC permitirá que seja assegurado “o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos” (DR, 2019, p. 4746) – domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**.

Desde que iniciei o meu percurso no pré-projeto que percebi que a literatura sobre a gestão da dor é muito vasta. Segundo a IASP, 2022 foi o ano da translação do conhecimento da dor para a prática. Enquanto futura mestre e especialista, ter oportunidade de desenvolver competências, que estão definidas em Diário da República, diariamente apesar de toda a complexidade que existe neste processo, é deveras gratificante.

A importância destas situações, quer em contexto de estágio, quer em contexto de trabalho, são importantes para que se possa avaliar a situação experienciada. Considero que o melhor desta experiência foi ter conseguido promover o conforto nesta pessoa, através de uma comunicação eficaz, desenvolvendo competências e, dessa forma, estabelecer uma relação que me permitiu adequar as intervenções para reduzir a dor na pessoa.

Este estágio permitiu-me igualmente prestar cuidados à PSC, com patologias diversificadas e cuidados diferenciados. Sou hoje uma Enfermeira com competências desenvolvidas ao nível dos cuidados à PSC, tendo sido sempre a gestão da dor algo a que dei importância ao longo das 8 semanas. Desta forma, atingi o resultado esperado: a intervenção de enfermagem especializada na gestão da dor da PSC com pancreatite aguda e família, através do cuidado fundamental centrado na pessoa.

Considerar a gestão da dor como critério de qualidade dos cuidados é um objetivo diário, que se gera tendo por base uma relação de confiança enfermeiro- pessoa – família. Por vezes, em contexto de UCI, os momentos de contacto são curtos e, por essa razão, estabelecer uma relação de confiança é algo fulcral para o sucesso da gestão de dor. O

envolvimento da família foi o mais difícil de garantir pela limitação do horário de visita, mas sempre que possível estabeleci contacto com as pessoas significativas para os envolver no processo de saúde/doença da pessoa a quem prestava cuidados, o envolvimento da família garante um **ambiente terapêutico e seguro do domínio da melhoria contínua da qualidade**

Ao longo deste estágio, como tentei demonstrar neste relatório, foi-me possível atender às necessidades das pessoas a quem prestava cuidados, permitindo-lhes alcançar o conforto (Avallin et al., 2018).

A par da experiência vivenciada em contexto de estágio, os momentos de partilha em seminários foram bastante benéficos. Com o seminário intitulado **“Sistemas de Informação em Enfermagem: das taxonomias aos registos e à segurança da informação. Que desenvolvimentos?”** tomei conhecimento de uma equipa da Escola Superior de Enfermagem do Porto que desenvolveu com uma equipa, e agora com a OE como parceira, o programa NursingONTO onde se desenvolve a ontologia em enfermagem.

A importância da gestão da dor, como demonstrado ao longo deste relatório, é indispensável, daí ser necessário analisar esta necessidade do cuidado fundamental, o de atingir conforto (Kitson et al, 2013; Jangland et al, 2016), nunca negligenciando que estes cuidados são estabelecidos entre o enfermeiro, a pessoa, a família e o sistema de saúde ou contexto (Kitson et al, 2013).

2. Estágio em SU

O estágio em SU decorreu entre 28 de novembro 2022 e 10 de fevereiro de 2023, excluindo a pausa letiva para as férias de Natal, num hospital terciário da zona metropolitana de Lisboa, o que se traduz, de acordo com DR (2014) em

i. Área de influência direta e indireta para as suas valências; *ii.* Abrange todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo que as áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (p. 2365).

De forma similar ao estágio em UCI, irei de igual modo explicitar como desenvolvi competências ao longo das nove semanas no estágio de SU, indicando os objetivos específicos, as atividades que realizei, assim como os resultados esperados, refletindo sob este objetivo.

A par do que redigi para o contexto de UCI, a tabela que compreende os objetivos específicos, as atividades a desenvolver no SU e o resultado esperado encontram-se em apêndice (Apêndice 3).

O primeiro objetivo específico foi “Desenvolver competências na prestação de cuidados da PSC”. A intervenção de enfermagem especializada à PSC e família, mobilizando as dimensões do cuidado fundamental – relacional, integrativa e contextual era o resultado esperado para este objetivo que considero atingido pois foi-me possível incluir todas as dimensões associadas à prestação de cuidados.

O SU onde realizei o meu estágio era composto por cinco equipas, cada uma com cerca de 23 enfermeiros e 23 auxiliares de ação médica. Existe um Enfermeiro Chefe do SU e um segundo elemento, no entanto cada equipa tem coordenadores específicos que, juntamente com o Chefe de equipa, coordenam o Serviço de Observação, a Urgência e os Respiratórios. Dos cerca de 120 enfermeiros que compõe o SU, 30 são enfermeiros mestres e especialistas, encontrando-se vários elementos nesse percurso académico.

O circuito no SU após a admissão pode fazer-se de duas formas: pela triagem ou diretamente para a sala de reanimação. Um método de triagem “fornece ao profissional de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas” (Sociedade Portuguesa de Triagem, 2023, s.p.). Existem vários modelos de triagem, mas em Portugal o que está implementado é a Triagem de *Manchester*. A **triagem primária e secundária** é uma competência do domínio do EE na área da PSC (DR, 2018).

O fluxograma da Triagem de *Manchester* corresponde a cinco prioridades clínicas em contexto de urgência, através de cores: vermelho (emergência), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente). A sexta prioridade clínica é através do branco (não classificável) e surgiu pela necessidade de triar outras situações, que não em situação de doença aguda ou emergência, pelas quais pessoas acedem à urgência, tais como administrativas ou clínicas, como por exemplo quando uma pessoa é admitida através do serviço administrativo da urgência para um internamento de uma atividade programada. A importância atribuída à triagem é

relevante para que o encaminhamento da pessoa que recorre ao serviço de urgência seja o ideal (Sociedade Portuguesa de Triage, 2023).

O SU é composto por duas salas de reanimação, que têm capacidade para receber três PSC em simultâneo, existindo três ventiladores, monitores de transporte e carros de urgência; compreende também um carro de reanimação pediátrico.

Na sala de reanimação as equipas médicas responsáveis são a medicina interna e a cirurgia geral e consoante a necessidade de cuidados da PSC solicita-se apoio da anestesia, cirurgia plástica, ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, pneumologia, entre outras.

Além da triagem e das salas de emergência, fazem ainda parte do Serviço de Urgência: serviço de observação, balcões de atendimento e áreas de patologia específica, na qual se inclui um circuito da pessoa com patologia respiratória.

Por ser um hospital de nível 3 apenas as pessoas que se encontrem na Via Verde Acidente Vascular Cerebral que necessitem de tratamento endovascular, são transferidas, existindo uma equipa de enfermagem, e médica, de prevenção para a transferência destas pessoas.

No caso específico da pediatria, a sala de reanimação, recebe mono e politraumas, sendo que está estabelecido que traumatismos crânio-encefálico são admitidos pela pediatria. A equipa médica que recebe a criança pode ser a cirurgia geral pediátrica ou a UCI pediátrica.

A **segurança** das pessoas ao nível dos contextos de saúde é uma questão global dos cuidados de saúde (Zhang et al., 2021), sendo um tema que tem vindo a ser abordado em Portugal pela Direção Geral de Saúde, que através do Departamento da Qualidade na Saúde, desenvolveu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 na ótica de continuidade de melhoria do projeto ao nível da segurança das pessoas e profissionais de saúde.

Também, ao nível do que às competências de especialista é devido, o enfermeiro “gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (DR, 2019, p. 4746), no âmbito do **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**.

A primeira oportunidade que existiu para realizar um **transporte** de uma PSC foi no SU, tendo sido interessante verificar alguns dos pontos que tinham sido referidos

pelos peritos no segundo semestre do mestrado, mas também nos seminários da unidade curricular Estágio com Relatório.

O transporte intra-hospitalar é “o processo de transporte de pessoas de uma área para outra em um ambiente hospitalar para fins diagnósticos ou terapêuticos (...) um processo contínuo de tratamento e monitorização” (Zhang et al., 2021, p. 2540).

No SU, o transporte da PSC foi sempre realizado por um médico, enfermeiro e auxiliar de ação médica, acompanhado pelos dispositivos necessários, incluindo uma mala de emergência criada pela equipa do SU, e os locais mais habituais eram a imagiologia, UCI, incluído a unidade de neurocríticos, o bloco operatório e a sala de hemodinâmica.

Com o transporte intra-hospitalar podem ocorrer eventos adversos (Zhang et al., 2021), como exemplo, vômitos, assistolia devido à desconexão do desfibrilhador, dessaturação, hipotensão arterial induzida pela sedoanalgesia ou falha com seringas infusoras, entre outras (Catalán-Ibars et al., 2021).

Por isto, uma política de segurança durante os procedimentos deverá ser adotada por todos os profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, existindo muitas unidades que realizam auditorias e que detêm este parâmetro como um indicador de qualidade (Zhang et al., 2021). A maioria das complicações relacionadas com o transporte é “evitável com uma avaliação e preparação adequadas antes do transporte” (Zhang et al., 2021, p. 2540), uma vez que o movimento durante o transporte pode agravar a estabilidade hemodinâmica (An et al., 2022). O transporte ao ser realizado por uma equipa perita em reanimação irá também promover a segurança no transporte da PSC (An et al., 2022).

Com os múltiplos transportes que realizei neste período de estágio foi-me possível constatar a facilidade com que efeitos adversos podem ocorrer, apesar da preparação feita previamente ao transporte. Como exemplo, no início de cada turno realizava os testes do ventilador, verificava se o teste do desfibrilhador estava de acordo com o expectável e se os carros de urgência estavam selados, validava se os monitores estavam ligados à corrente elétrica para atingirem o nível máximo de bateria, mas também me certificava que as rampas de oxigénio estavam funcionantes e existiam balas de oxigénio que assegurassem o transporte de uma pessoa sob suporte ventilatório.

Estar desperto para os incidentes de prática insegura está diretamente relacionado com o **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** (DR, 2019),

devendo o EE ter em conta os incidentes que ocorrem por forma a prevenir a sua recorrência (Diário a República, 2019).

O estágio realizado neste contexto permitiu-me abranger as dimensões relacional, integrativa e contextual a que me propus, salientado o facto de que a enfermeira que me orientou era chefe de equipa.

Acompanhar a minha Enfermeira Orientadora em todos estes percursos dentro da organização permitiu-me adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências na área do **domínio da gestão de cuidados**, alargando horizontes no que à gestão de uma equipa diz respeito.

Acredito que para tal função a formação específica deve estar presente, por forma a “dar condições a esses profissionais, o que se repercutirá no desempenho dos demais profissionais das equipas e na qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde” (Martins et al., 2020, p.7).

Gostaria de incluir neste relatório algo que presenciei relativo à doação de órgãos. Existiram situações em que algumas pessoas iniciaram o processo de doação de órgãos na urgência com intervenções específicas que se encontram em normas próprias para que o processo seja concluído com sucesso, neste sentido é possível que o EE na área da PSC “Demonstre conhecimentos e habilidades perante situações de **morte cerebral** e manutenção hemodinâmica do potencial **dador de órgãos e tecidos**” (DR, 2018, p. 19363).

Por outro lado, também o testamento vital, que se encontra na plataforma Registo Nacional do **Testamento Vital** (RENTEV), através do Modelo de **Diretiva Antecipada de Vontade** (DAV), no entanto ao longo das várias semanas não presenciei nenhuma situação onde existisse DAV registada.

Esta é apenas uma das questões a ter em conta na prestação de cuidados, e torna-se uma competência do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** na medida em que ao EE é solicitado que “Desenvolva, uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (DR, 2019, p. 4745).

Considero que ao longo do estágio a minha prestação de cuidados foi exemplar, respeitando as normas da instituição, e, de igual forma, agi de acordo com as normas legais e os princípios éticos e deontológicos que regem a Enfermagem, e que são

clarificados no **Código Deontológico de Enfermagem** e no **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**.

Os valores a que estive atenta são os considerados universais a observar na relação profissional “a) a igualdade; b) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 64).

Identifico várias competências de mestre e especialista que desenvolvi neste estágio ao nível da prestação de cuidados à PSC, tendo sido permitido realizar diversas intervenções autónomas e interdependentes, nomeadamente: **avaliação primária em trauma** - “A” - Via Aérea; “B” - Respiração; “C” - Circulação/Controlo Hemorragia; “D” - Estado neurológico; E - Exposição (ABCDE) - e secundária; intervir em trauma pediátrico; manipular e observar *in loco* o compressor mecânico Lucas; ventilação invasiva e não invasiva, tendo participado em anestésias de rápida indução para ventilação e também utilizado modalidades ventilatórias em Ventilação Não Invasiva, tendo também recebido uma PSC com Pressão Positiva Contínua na Via Aérea (CPAP) através do *Boussignac* presente no Veículo Médico de Emergência e Reanimação (VMER); intervenções ao nível das **Via Verde Acidente Vascular Cerebral e Coronária**; manipulação de linha arterial, pacemaker externo, desfibrilhadores; entre outras.

De acordo com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2012)

Uma situação de exceção, no contexto de prestação de cuidados de emergência médica consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis. É, por sua vez, esta desigualdade que vai condicionar a atuação das equipas de emergência médica, nomeadamente, através de uma criteriosa coordenação e gestão dos recursos humanos e técnicos disponíveis, bem como de toda a informação disponível, em cada momento (p.12).

A situação onde considero que melhor foi possível observar a dinâmica da equipa multidisciplinar foi numa **situação de exceção** com multi vítimas após um incêndio num prédio habitacional, mas mais importante para mim foi sentir-me parte integrante da equipa que prestou os cuidados necessários à sobrevivência destas pessoas.

As **situações de emergência, exceção e catástrofe** tornam-se assim uma competência necessária a ser desenvolvida pois “perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime” (DR, 2018, p. 19363).

A experiência neste SU foi abundante em vivências que me permitiram desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à PSC, atingindo o resultado esperado da Intervenção de enfermagem especializada à PSC e família, mobilizando as dimensões do cuidado fundamental – relacional, integrativa e contextual.

A par do que disse anteriormente relativamente à importância dos momentos de partilha de conhecimento, o *webinar* **“A Família na transição Saúde-Doença – Intervenção de Enfermagem”** foi muito interessante pela abordagem de temas como a ética e deontologia em enfermagem, mais ainda a problemática sob a permanência da família na urgência de adultos durante situações de emergência.

O segundo objetivo específico foi “Aprofundar conhecimentos na gestão da dor na pessoa em situação crítica com pancreatite aguda”.

Como já referi anteriormente, considero a RIL norteadora de todo o processo em contexto de estágio, apesar de ser algo específico sobre a gestão da dor na PSC com pancreatite aguda, a intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor é transversal ao cuidado de enfermagem qualquer que seja a patologia ou situação de doença que levou a pessoa ao serviço de urgência.

Nesse sentido prestar cuidados à PSC realizando intervenções autónomas e interdependentes foi também no sentido da gestão da dor.

No contexto de estágio anterior não senti necessidade de realizar nenhuma sessão de formação, o programa informático era bastante completo e os enfermeiros registavam durante o turno o nível de dor, utilizando a escala mais adaptada à pessoa a quem prestavam cuidados e era um dos elementos fulcrais na passagem de turno. No início do estágio aprendi a utilizar o programa *Alert* e deparei-me com apenas duas escalas para avaliar a dor, a escala numérica e de faces. Ora tendo muitas vezes pessoas com alteração do estado de consciência e adaptados a ventilação mecânica senti necessidade de utilizar outras escalas, utilizando as notas de enfermagem para tal.

Posto isto, propus à Enfermeira Orientadora uma sessão de formação na qual identificasse e explicasse as várias escalas da dor que existem atualmente, mas essa formação foi feita recentemente por outro colega da especialidade e então como disse anteriormente, e por as intervenções serem transversais muitas das vezes a qualquer necessidade, optei por falar sobre a **Gestão da dor** na PSC (Apêndice V).

A sessão de formação ocorrida no dia 17 de janeiro na sala de formação do serviço de urgência onde estou a realizar o meu estágio cumpriu a duração estimada de quinze minutos. Na sala estiveram presentes 25 pessoas. O Plano de Sessão de Formação no Serviço de Urgência compreende identificação da sessão, objetivos da sessão, conteúdos programáticos, metodologia, recursos didáticos e avaliação da sessão (Apêndice IV).

Esta sessão permitiu que a *praxis* clínica fosse especializada em evidência clínica – **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** – na medida em que o EE “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação” (DR, 2019, p.4749).

A avaliação da sessão ocorreu de forma informal junto da enfermeira orientadora e de outros enfermeiros presentes, uma vez que o tempo utilizado foi durante a passagem de turno.

Pela avaliação obtida junto dos enfermeiros considera-se que se cumpriram os objetivos propostos com a sessão de formação, no qual foi possível avaliar a aquisição de conhecimentos, as expectativas e o formador. Os objetivos compreendiam: aprofundar conhecimentos sobre a intervenção não farmacológica na gestão da dor; promover a partilha e discussão sobre a gestão da dor e reconhecer a importância da gestão da dor através de competências especializadas de enfermagem na PSC no Serviço de Urgência, tendo sido possível atingi-los através da apresentação clara, e sucinta, e da discussão promovida.

Constatou-se que as intervenções não farmacológicas para a gestão da dor são intervenções utilizadas pelos enfermeiros do SU. Por exemplo, na sala de reanimação, onde estão integrados os enfermeiros com mais experiência, existe um registo de trauma para quando são admitidas pessoas politraumatizadas por forma a registar de forma organizada pela metodologia de avaliação primária em trauma, ABCDE, e secundária, na

qual estão identificadas as medidas de conforto que inclui analgesia e não farmacológicas.

A sessão também permitiu que a reflexão sobre o tema, surgisse na equipa, pois, por vezes, as intervenções são realizadas de forma não consciente e não se refletem nos registos de enfermagem.

A par do contexto de estágio anterior, também este programa informático não integrava nenhuma escala no âmbito dos preditores da pancreatite.

Considero desta forma que o resultado esperado foi conseguido, através da aquisição de conhecimentos para uma prática baseada na evidência.

Por fim, o terceiro objetivo específico era “Identificar a intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor, analisando-a criticamente tendo por base o referencial teórico *“The Fundamentals of Care Framework”*”.

Dos quesitos para este Mestrado, a reflexão é uma das importantes componentes na realização dos cuidados. Neste segundo contexto de estágio, desenvolvi um documento reflexivo sobre uma situação de prestação de cuidados, relacionada com a promoção do conforto nos últimos dias e horas de vida. Da análise emergiram os conceitos: cuidado em fim de vida, a promoção do conforto, o alívio do sofrimento e a gestão da dor (Kitson et al., 2013).

Um dos documentos importantes é o Guia de Consenso para a Prática Clínica sobre Boas Práticas nos Cuidados em Fim de Vida (2021) das Sociedades Portuguesa e Espanhola de Medicina Interna, que referem “ao doente em condição de últimos dias de vida facilitar-se-á a companhia dos familiares” (Díez-Manglano et al., 2021, p.89). A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a família, ou pessoa significativa, promove o conforto da díade.

A ferramenta do cuidado CARES de Freeman (2013) é um acrónimo de conforto, via aérea, *delirium* e inquietação, suporte emocional e espiritual e autocuidado. No conforto da pessoa existem intervenções farmacológicas e não farmacológicas pouco eficazes no controlo da temperatura, edema e cianose, no entanto essas intervenções podem proporcionar conforto à família (Freeman, 2013).

O controlo sintomático, que inclui a gestão da dor, é um dos objetivos dos cuidados em fim de vida (Díez-Manglano et al.; 2021 Freeman, 2013). Como Kitson et al. (2013) referem, a gestão da dor faz-se por via da promoção do conforto, e aí estão implicados

os diferentes tipos e onde esse conforto pode ocorrer, como define Kolcaba (2015) no seu referencial teórico. Os cuidados centram-se em “medidas de apoio à pessoa em fim de vida e à sua família para alcançar a mais alta qualidade de morte” (Stacy et al, 2019, p. 200).

As situações experienciadas em contexto de estágio no SU conduziram à melhoria da minha prestação de cuidados, tendo em conta as várias dimensões do cuidado fundamental à pessoa, enfermeiro, família e contexto (Kitson et al., 2013). Das situações vividas com a Enfermeira Orientadora, nas Orientações tutoriais e na prestação de cuidados, pude desenvolver a técnica de reflexão ativa.

No meu entender, são necessárias competências específicas, que só poderão ser adquiridas com base no desenvolvimento pessoal e experiência profissional, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem. Tornando-me EE na área da PSC este tema reflete-se em competências específicas pois é necessário que o EE demonstre “conhecimentos e habilidades facilitadores da ‘dignificação da morte’ e dos processos de luto” (DR, 2018, p.19363).

Escolher como tema a desenvolver ao longo deste Mestrado a gestão da dor tornou-se a opção certa. Foi muito interessante para o meu desenvolvimento envolver quer ao nível académico, quer nos contextos de estágio a promoção do conforto da pessoa através da gestão da dor, adequando com as dimensões do cuidado fundamental pessoa, enfermeiro, família e contexto (Kitson et al., 2013).

A visita à unidade da dor não foi realizada pois neste contexto o maior interesse era ter contacto com perito em hipnoterapia, mas não existia ninguém com essa competência desenvolvida. Não tomei conhecimento de nenhuma formação sobre a gestão da dor na qual fosse possível participar.

No decorrer deste estágio não me foi possível prestar cuidados a pessoas com pancreatite aguda, no entanto considero que o resultado esperado foi alcançado através da Intervenção de enfermagem especializada na gestão da dor da pessoa em situação crítica com pancreatite aguda, e família, através do Cuidado Fundamental Centrado na Pessoa.

3. Outras atividades

A Unidade Curricular de Ensino Clínico proporcionou sessões com enfermeiros peritos nas áreas de eleição dos mestrandos. Estas sessões permitiram, além da interação com enfermeiros peritos, estabelecer contatos em diferentes instituições e perceber as valências e o funcionamento dos serviços, conhecendo diversas áreas temáticas que dirigem a todos novos conhecimentos para mobilizar sempre que necessário.

A sessão com a enfermeira perita da dor, de uma unidade de queimados de um hospital central, em particular, proporcionou que confrontasse medidas não farmacológicas que a literatura enuncia com a realidade nos serviços nacionais, como o caso do TENS. Possibilitou igualmente confirmar a importância da temática da gestão da dor na pessoa em situação crítica e a evolução que tem vindo a ser implementada a este nível.

O contato com a enfermeira perita na intervenção à pessoa com pancreatite aguda foi por correio eletrónico, tornando possível o esclarecimento de algumas questões que adquiri após análise de artigos. Permitiu, de igual forma, a mobilização de literatura recente com intervenções farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor à pessoa com pancreatite aguda.

A par da sessão com enfermeiros peritos, foi-nos proposto pela Unidade Curricular realizar quatro turnos no nosso contexto de trabalho, que permitiu pensar a temática da gestão da dor. O número de CPRE's que fazemos anualmente reduziu a possibilidade de abordar a gestão da dor numa pessoa com pancreatite aguda, desse modo refleti sobre a gestão da dor, durante e após intervenções endoscópicas diferenciadas como a dilatação e a colocação de próteses.

A convite da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Endoscopia e Gastreenterologia participei na Semana Digestiva 2023, numa mesa sobre a translação do conhecimento para a prática, com o tema "O Enfermeiro Especialista como vetor de translação das boas práticas em Gastreenterologia".

Todos os momentos de partilha são importantes para o desenvolvimento de competências a nível profissional e pessoal. Dessa forma incluo em apêndice um relatório sobre as jornadas de endoscopia nas quais participei (Apêndice VI).

Considerações Finais

O presente relatório de estágio tornou-se fundamental para descrever e analisar, de forma estruturada, fundamentada e refletida, o meu percurso de aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências especializadas no âmbito da gestão da dor da PSC com Pancreatite Aguda.

Recorrendo à literatura mais recente foi-me possível evidenciar a importância da gestão da dor da PSC com pancreatite aguda, recorrendo aos resultados da RIL para aferir a intervenção especializada de enfermagem.

A pancreatite é uma doença inflamatória do pâncreas que pela sua progressão pode progredir para doença grave com falência de órgãos ou mesmo a morte, pelo que nos deparamos com cuidados à PSC se atendermos à sua definição literária.

Sendo a dor abdominal um dos sintomas mais frequentes da pancreatite aguda e, a gestão da dor uma das primeiras recomendações, e um direito humano, no que ao tratamento diz respeito, tudo se coaduna com a prioridade atribuída a este sintoma.

A dor que a pessoa experiencia deriva da sua história prévia e de múltiplos fatores, daí a importância da individualização de cuidados especializados de enfermagem na gestão deste cuidado fundamental.

No entanto, a dor não é exclusiva da pancreatite aguda mas é sim transversal a muita das situações que levam a pessoa a recorrer ao SU, mas é também um sintoma frequentemente experienciado em UCI. Prestar cuidados a uma pessoa com dor com pancreatite aguda em específico foi um cuidado que não consegui desenvolver ao longo dos estágios, mas como muitas intervenções são transversais a qualquer que seja a situação que despoletou a experiência de dor foi-me possível desenvolver competências na gestão da dor da PSC.

A analgesia abrange intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Nos contextos onde realizei os meus estágios foi-me possível observar e intervir com algumas das medidas que mencionei, no entanto existem muitas intervenções que não são consideradas e que facilmente podiam ser escolhidas pelas instituições, dando primazia às medidas não farmacológicas.

Pelo que referi anteriormente e pela relação terapêutica que se estabelece, coaduno com a literatura quando Kitson et al. referem a importância dos sistemas

enfermeiro, pessoa, família e sistema de saúde ou contexto, nas dimensões relacional, integrativa e contextual. Recordo que apesar de falar em família ao longo deste relatório esta é aquela que é considerada pela pessoa a quem prestamos cuidados a pessoa significativa.

A gestão da dor é uma das competências do EE, espero que enquanto futura Mestre e EE tenha sido possível ao longo deste relatório demonstrar em que medida as desenvolvi, considerando uma dificuldade reunir no limite de páginas exigido todas as reflexões e situações experienciadas ao longo destes dois meses.

Considero que o Pré-Projeto, o Projeto de Estágio e o presente Relatório de Estágio se tornaram recursos inestimáveis para a organização do meu pensamento e orientação para este percurso académico.

Ao longo deste Mestrado destaco a reflexão como motor do desenvolvimento de competências, sendo possível através dos estágios em UCI e SU conhecer intervenções diferenciadas e prestar cuidados de enfermagem à PSC, tendo por base os princípios éticos e deontológicos e os valores que regem a profissão. A par disso reconheço que estes cuidados foram prestados com competência científica, técnica e humana (DR, 2019) tendo perscrutado sempre o direito humano da pessoa.

O trabalho árduo, a par da orientação dos envolvidos, permitiu-me alcançar os objetivos a que me tinha proposto inicialmente. As atividades que não realizei não estiveram dependentes da minha vontade.

Como futura mestre, e EE, o meu estágio de Perita irá ser alterado, uma vez que a minha conduta terá agora de se coadunar com as competências a este associadas. Perspetivo anos desafiantes a nível profissional, com oportunidades de divulgar conhecimento adquirido e refletir com os pares, tendo por base a prática baseada na evidência.

Neste sentido, proponho publicar a minha RIL e integrar o processo de candidatura para que a OE me credite a competência acrescida diferenciada em enfermagem em Endoscopia Digestiva.

Espero assim corresponder às expectativas por mim concebidas, adequando a minha prática a intervenções especializadas de enfermagem com as competências atribuídas ao Mestre em Enfermagem.

Referências

- Akter, N., Ratnayake, B., Joh, D.B., Chan, S., Bonner, E. & Pandanaboyana, S. (2021). *Postoperative Pain Relief after Pancreatic Resection: Systematic Review and Meta-Analysis of Analgesic Modalities*. World Journal of Surgery. 45. 3165-3173. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-021-06217-x>.
- An, Y., Tian, Z., MMed, F.L., Lu, Q., Guan, Y., Ma, Z., Lu, Z., Wang, A. & Li, Y. (2022). *Establishment of a simplified score for predicting risk during intrahospital transport of critical patients: A prospective cohort study*. Journal of Clinical Nursing Wiley. 32. 1-10. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.16337>.
- Andreasen, E.M., Høigaard, R., Berg, H., Steinsbekk, A. & Haraldstad, K. (2022). *Usability Evaluation of the Preoperative ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, and Recommendation) Desktop Virtual Reality Application: Qualitative Observational Study*. JMIR Human Factors. 9 (4). 1- 10. Disponível em: <https://humanfactors.jmir.org/2022/4/e40400>.
- Avallin, T., Björck, M., Jangland, E., Muntlin Athlin, Å., Elgaard Sørensen, E. & Kitson, A. (2018). Person-centred pain management for the patient with acute abdominal pain: An ethnography informed by the Fundamentals of Care framework. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 74(11), 2596–2609. <https://doi.org/10.1111/jan.13739>.
- Aviso n.º 11460/2022. Regulamento Geral de Funcionamento dos Cursos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. *Diário da República*. 2ª Série. Disponível em https://www.esel.pt/sites/default/files/REG_ME_Aviso_11460_2022.pdf.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. (2ª Edição). Nova Iorque: Springer Publishing Company, LCC.
- Cammarano, C.A., Sandhu, N.S. & Villaluz, J.E. (2021). *Localizing the Pain: Continuous Paravertebral Nerve Blockade in a Patient with Acute Pancreatitis*. American Journal of

Case Reports. 22. e934189-1 - e934189-4. Disponível em <https://amjcaserep.com/abstract/full/idArt/934189>.

Catalán-Ibars, R.M., Martín-Delgado, M.C., Puigoriol-Juveny, E., Zapater-Casanova, E., Lopez-Alabern, M., Lopera-Caballero, J.L., Velasco, J.P.G., Coll-Solà, M., Juanola-Codina, M. & Roger-Casals, N. (2021). *Incidents related to critical patient safety during in-hospital transfer*. *Medicina Intensiva*. 46 (1). 14-22. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.05.022>.

Cavalheiro, J. T., Ferreira, G.L., Souza, M.B. & Ferreira, A.M. (2019). *Nursing interventions for patients with acute pain*. *Journal of Nursing*. 13(3). 632-639. Disponível em: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=10c2f2c7-20a5-4944-9a83-86a368938e44%40redis>.

Colvin, S.D., Smith, E.N., Morgan, D.E. & Porter, K.K. (2020). *Acute pancreatitis: an update on the revised Atlanta classification*. *Abdominal Radiology*. 45. 1222-1231. Disponível em <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00261-019-02214-w.pdf>.

Dai, M., Fan, Y., Pan, P. & Tan. Y. (2022). *Blood Urea Nitrogen as a Prognostic Marker in Severe Acute Pancreatitis*. *Disease Markers*. 2022. 1-10. Disponível em: <https://downloads.hindawi.com/journals/dm/2022/7785497.pdf>.

Decreto de Lei nº 74/2006 (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, I Série A (Nº 60 de 24 de março de 2006). 2244-2255. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>.

Decreto-Lei nº 27/2021 (2021). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª série (16 de abril de 2021). 5-13. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/27-2021-161518656>.

Deldar, K., FROUTAN, R. & Ebadi, A. (2018). *Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study*. *BMC Nursing*. 1-8. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-018-0281-3.pdf>.

Devlin, J.W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D.N., Slooter, A.J.C., Pandharipande, P.P., Watson, P.L., Weinhouse, G.L., Mark E. Nunnally, M.E., Rochwerg, B., Balas, M.C., van den Boogaard, M., Bosma, K.J., Brummel, N.E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Ljocelyn, E. Harris, J.E., Joffe, A.M., Michelle E. Kho, M.E., Kress, J.P., Lanphere, J.A., McKinley, S., Neufeld, K.J., Pisani, M.A., Payen, J., Pun, B.T., Puntillo,

K.A., Riker, R.R., Robinson, B.R.H., Sheabi, Y., Szumita, P.M., Winkelman, C., Centofanti, J.E., Price, C., Nikayin, S., Misak, C.J., Flood, P.D., Kiedrowski, K. & Alhazzani, W. (2018). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. 46 (9). 825-873. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjjournal/_layouts/15/oaks.journals/downloadpdf.aspx?trckng_src_pg=ArticleViewer&an=00003246-201809000-00029.

Díez-Manglanoa, J., Muñoz, L.A.S., Fenoll, R.G., Freire, E., Pérez, S.I.I., Carneiro, A.H., Bonafonte, O.T. (2021). Guia de Consenso para a Prática Clínica sobre Boas Práticas nos Cuidados em Fim de Vida, das Sociedades Espanhola e Portuguesa de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 28 (1). Disponível em <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/93>.

European Society for Emergency Medicine. (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations*. Bélgica: The European Society for Emergency Medicine.

Figueira, A.I.R. & Pereira, M. (2020). *Avaliação da pessoa em situação crítica: Aplicação do National Early Warning Score*. *Projetar Enfermagem*. 32-42. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/34813>.

Formanchuck, T., Pokidko, M., Formanchuck, A., Zhumar, A. & Katsal, V. (2022). Association of clinical and early routine laboratory findings with severity of acute pancreatitis. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 75(2), 351-356. Disponível em: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2022/02/WLek202202104.pdf>.

Freeman, B. (2013). CARES An Acronym Organized Tool for the Care of the Dying. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 15 (3). 147-153. Disponível em https://journals.lww.com/jhpn/fulltext/2013/05000/cares_an_acronym_organized_tool_for_the_care_of.5.aspx.

Grupo Português de Triagem. (2023, março 1). *Sistema de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>.

Haddeland, K., Marthinsen, G.N., Sønderhamn, U., Flateland, S.M.T. & Moi, E.M.B. (2022). *Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists*. *Intensive & Critical Care Nursing*. 70. 1-7.

Disponível

em:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0964339721001841?token=ECDFD3ACC1F4EF72159EE96030EEA18651F3DAC1F3A93D2BB2EF2988D7F71B5D3BB3B0C7B026F20416FED911D97E29E6&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230320172613>.

Heckler, M., Hackert, T., Hu, K., Halloran, C.M., Büchler, M.W. & Neoptolemos, J.P. (2021). Severe acute pancreatitis: surgical indications and treatment. *Springer*. 406. 521-535.

Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00423-020-01944-6.pdf>.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situação de Exceção Manual TAS. (3.0). INEM. [https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situação-de-Exceção.pdf](https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf).

International Association for the Study of Pain. Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>.

Jabaudon, M., Belhadj-Tahar, N., Rimmelé, T., Joannes-Boyau, O., Bulyez, S., Lefrant, J., Tamion, F., Dupont, H., Lortat-Jacob, B., Guerci, P., Kerforne, T., Cinotti, R., Jacob, L., Verdier, P., Dugernier, T., Pereira, B. & Constantin, J. (2017). *Thoracic Epidural Analgesia and Mortality in Acute Pancreatitis: A multicenter propensity analysis*. Critical Care Medicine. 20 (30). 1-8. Disponível em [10.1097/CCM.0000000000002874](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002874).

Jang, D.K., Jung, C.Y., Kim, K.H. & Lee, J.K. (2018). *Electroacupuncture for abdominal pain relief in patients with acute pancreatitis: study protocol for a randomized controlled trial*. BMC. 19 (279). 1-6. Disponível em <https://trialsjournal.biomedcentral.com>.

Jangland, E., Kitson, A. & Athlin, A.M. (2016). *Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study*. Journal of Advanced Nursing. 72 (4). 791-801. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.12880>.

Kahsay, D.T. & Pitkäjärvi, M. (2019). *Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study*. BMC Nursing. 18(56). 1-13. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-019-0380-9.pdf>.

- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tanssgaard, M., Jensen, H. I. (2022). *ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery*. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 37. 34-39. Disponível em: [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(21\)00010-1/fulltext](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(21)00010-1/fulltext).
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. School of Nursing, the University of Adelaide. Disponível em: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf.
- Kolcaba, K. (2005). Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In Smith, M.C. & Parker, M.E., Kelley, M. (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp.381-392). Estados Unidos da América: Philadelphia.
- Leppäniemi, A., Tolonen, M., Tarasconi, A., Segovia-Lohse, H., Gamberini, H., Kirkpatrick, A.W., Ball, C.G., Parry, N., Massimo Sartelli, M., Wolbrink, D., van Goor, H., Baiocchi, G., Ansaloni, L., Biffl, W., Coccolini, F., Di Saverio, S., Yoram Kluger, Y. Ernest Moore, Y.E. & Catena, F. (2019). *2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis*. World Journal of Emergency Surgery. 14(27). 1-20. Disponível em <https://wjeb.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13017-019-0247-0.pdf>.
- Li, F., Cai, S., Cao, F., Chen, R., Fu, D., Ge, C., Chunyi Hao, C., Hao, J., Huang, H., Jian, Z., Li, A., Li, H., Li, S., Li, W., Li, Y., Liang, T., Liu, X., Lou, W., Miao, Y., Mou, Y., Peng, C., Qin, R., Shao, C., Sun, B., Tan, G., Tian, X., Wang, H., Wang, L., Wang, W., Wang, W., Wei, J., Wu, H., Wu, W., Wu, Z., Wu, Z., Yan, C., Yang, C., Yang, Y., Yin, X., Yu, X., Yuan, C., Zhang, T. & Zhao, Y. (2021). *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis in China (2021)*. Journal of Pancreatology. 4(2).67-75. Disponível em https://journals.lww.com/jpancreatology/_layouts/15/oaks.journals/downloadpdf.aspx?trckng_src_pg=ArticleViewer&an=02070903-202106000-00002.
- Lima, E.R.C.B., Sousa, P.P. & Marques, R.M.D. (2022). *O conforto em contexto de urgência: A experiência da família da pessoa em situação crítica*. Revista de Enfermagem Referência. 6(1). 1-8. Disponível em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=4360&id_revista=81&id_edicao=269.

- Machicado, J.D. & Papachristou, I. (2019). *Pharmacologic management and prevention of acute pancreatitis*. *Current opinion in gastroenterology*. 35(5). 460-467. Disponível em <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000563>.
- Mantuani, D., Luftig, P.A.J., Herring, A., Mian, M. & Nagdev, A. (2020). *Successful emergency pain control for acute pancreatitis with ultrasound guided erector spinae plane blocks*. *American Journal of Emergency Medicine*. 38. 1298.e5-e7. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.02.005>.
- Marques, F.M. (2017). *A Aprendizagem do Processo de Tomada de Decisão na Perspetiva dos Estudantes de Enfermagem*. Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. 2. 796-805. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1276>.
- Martins, M.M., Trindade, L.L., Vandresen, L., Amestoy, S.C., Prata, A.P. & Vilela, C. (2020). *Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses*. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 73 (6). 1-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/9rr9bCf3SrDfzqzNHQj4CnXS/?lang=en>.
- Mayerle, J., Hlouscheck, V., Lerch, M.M. (2005). *Current management of acute pancreatitis*. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2(10). 473-483. Disponível em <https://www.nature.com/articles/ncpgasthep0293>.
- Meng, W., Yuan, J., Zhang, C., Bai, Z., Zhou, W., Yan, J. & Li, X. (2013). *Pancreatology*. 13. 201-206. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.pan.2013.02.003>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico de Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. (p. 457). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_icao2005.pdf.
- Organização Mundial de Saúde – Winnipeg Regional Health Authority (s.d.). *World Health Organization Analgesic Ladder*. Disponível em https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/files/PDTip_AnalgesicLadder.pdf.
- Pak, L.M., Haroutounian, S., Hawkins, W.G., Worley, L., Kurtz, M., Frey, K., Karanikolas, M., Swarm, R.A. & Bottros, M.M. (2017). *Epidurals in Pancreatic Resection Outcomes (E-PRO) study: protocol for a randomized controlled trial*. 8. 1-7. Disponível em [10.1136/bmjopen-2017-018787](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018787).

- Rashid, M.R. & Banga, P. (2018). *Assessment of Cases of Acute Pancreatitis – A Clinical Study*. HECS International Journal of Community Health and Medical Research. 4(4). 104-108. Disponível em <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3263e63d-9639-4934-b42d-659ea793c708%40redis>.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série (Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019). 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2ª série (Nº 135 de 16 de julho de 2018). 19359-19370. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
- Sasabuchi, Y., Yasunaga, H., Matsui, H., Lefor, A.K., Fushimi, K & Sanui, M. (2017). *Epidural analgesia is infrequently used in patients with acute pancreatitis: a retrospective cohort study*. Acta Gastro-Entereologica Belgica. LXXX. 381-384. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29560667/>.
- Shah, A.P., Mourad, M.M. & Bramhall, S.R. (2018). *Acute pancreatitis: current perspectives on diagnosis and management*. Journal of Inflammation Research. 11. 77-85. Disponível em <https://www.dovepress.com/acute-pancreatitis-current-perspectives-on-diagnosis-and-management-peer-reviewed-fulltext-article-JIR>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor – Resultados*. Grupo Avaliação de Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>.
- Stacy, A., Magdic, K., Rosenzweig, M., Freeman, B. & Verosky, D. (2019). Improving knowledge, comfort, and confidence of nurses providing end-of-life care in the hospital setting through use of CARES Tools. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 21 (3). 200-206. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30829826/>.

- Szatmary, P., Grammatikopoulos, T., Cai, W., Huang, W., Mukherjee, R., Halloran, C., Beyer, G. & Sutton, R. (2022). *Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment*. *Drugs*. 82. 1251-1276. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01766-4>.
- Taylor, A. & Docking, R. (2021). *Pancreatitis: critical care update*. *Anaesthesia and Intensive Care*. 22(2). 101-106. Disponível em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1472029920302733?token=7D6F7B6DAE7953E5C951362DFD50CE15B72F8D280382C733A78DB2AE9D66AB63057A11004D0F5EF0E866360065AC343F&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220721202922>.
- Teixeira, J.M.F. & Silva, M.A.C.P. (2023). *Monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura*. *Brazilian Journal of Health Review*. 6(1). 1056-1072. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-082>.
- Thompson, C. & Stapley, S. (2011). *Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*. 48. 881-893. Disponível em 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005.
- Yan, G., Li, H., Bhetuwal, A., McClure, M.A., Li, Y., Yang, G., Li, Y., Zhao, L. & Fan, X. (2021). *Pleural effusion volume in patients with acute pancreatitis: a retrospective study from three acute pancreatitis centers*. *ANNALS OF MEDICINE*. 1993-2008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/07853890.2021.1998594?needAccess=true>.
- Zhang, W., Lv, J., Zhao, J., Ma, X., Li, X., Gu, h., Zhang, M., Zhou, R. (2021). *Proactive risk assessment of intrahospital transport of critically ill patients from emergency department to intensive care unit in a teaching hospital and its implications*. *Journal of Clinical Nursing* Wiley. 31. 2539-2552. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.16072>.

Apêndices

Apêndice I – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM PANCREATITE AGUDA – INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM: Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

Revisores

Ana Cláudia Nascimento Santos¹; Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques²

1. Enfermeira no serviço de Exames Especiais; Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ana3@campus.esel.pt]
2. Professora Doutora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Professora-Coordenadora; Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/Adulto e Idoso [eunice.henriques@esel.pt]

INTRODUÇÃO

Diariamente o enfermeiro presta cuidados de enfermagem fundamentais para que a pessoa atinja o nível de saúde ideal, de acordo com a situação que está a vivenciar. Estes cuidados são estabelecidos tendo em consideração o enfermeiro, a pessoa, a família e o sistema de saúde ou contexto, consideradas as dimensões do Cuidado Fundamental (Kitson et al., 2013), do referencial teórico *“The Fundamentals of Care Framework”*.

Uma das áreas em desenvolvimento na endoscopia digestiva é a CPRE. Nesse sentido, impôs-se uma reflexão sobre os cuidados necessários à pessoa submetida a CPRE, surgindo a intervenção de enfermagem à pessoa com pancreatite aguda.

A pancreatite aguda é uma doença do pâncreas, desencadeada pela ativação anormal das enzimas pancreáticas e libertação de vários mediadores inflamatórios (Rashid & Banga, 2018), que resulta em “inflamação aguda do pâncreas com envolvimento frequente do tecido peripancreático” (Formanchuck et al., 2022, p. 351).

A etiologia compreende várias origens, nomeadamente: mecânica (litíase, tumores peripancreáticos, divertículo duodenal periampular); toxinas (etanol, metanol, drogas); distúrbios metabólicos (hipertrigliceridemia, hipercalcemia); infeções (vírus, bactérias, fungos, parasitas); distúrbios vasculares/isquemia pancreática (embolia, hipoperfusão); trauma (traumatismo abdominal, CPRE); genética; outros (pancreatite autoimune, diálise peritoneal) (Rodriguez et al., 2019; Heckler et al., 2021). Por outro lado, a patogénese ocorre por obstrução ductal, na lesão acinar ou no transporte intracelular com défice (Googchild et al., 2019).

As causas mais comuns para que a doença ocorra são os cálculos biliares, o consumo excessivo de álcool, a hipertrigliceridemia e a CPRE (Yan et al., 2021), correspondendo as primeiras duas a mais de 80% dos casos (Rashid & Banga, 2018). A literatura revela que a maioria das pessoas tem um decurso ligeiro da doença, no entanto, cerca de 20 a 30% pode progredir para doença grave com falência de um órgão, ou múltiplos, ou morte (Leppäniemi et al., 2019; Dai et al., 2022).

Considera-se como subtipos, da pancreatite aguda, a pancreatite edematosa intersticial e a pancreatite necrotizante, que, apesar de menos prevalente, tem uma morbilidade maior (Taylor & Docking, 2020). A pancreatite aguda provoca aumento da morbilidade, internamentos prolongados e mortalidade, que representa 5% a nível global (Taylor Diversos sistemas de classificação por pontos foram desenvolvidos no sentido da avaliação, classificação e preditores de detioração, nomeadamente: *Ranson Criteria*, *Modified Glasgow Scoring*, *Acute Physiological*, *Chronic Health Evaluation* (APACHE) II-IV, *Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis* (BISAP) (Coluoglu et al, 2021) e a *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) II (Taylor & Docking, 2020).

A pancreatite aguda pode causar complicações locais e sistémicas (Li et al., 2021). Existem várias classificações, e preditores, que podem ser mobilizados na avaliação da pancreatite aguda. Consideram-se como sintomas mais frequentes: dor abdominal (mais especificamente no epigástrio e que irradia, em 50% dos casos, para a zona posterior); náuseas; vômitos; perda de apetite; febre; entre outros (Li et al., 2021).

Em 1979, a Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP) define pela primeira vez o conceito de dor. Em 2020, pela complexidade do conceito, este foi revisto e a dor é atualmente considerada como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à que está associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (IASP, 2020, s.p.). A forma como cada pessoa percebe a dor é única, resultado da experiência pessoal, fatores culturais, ambientais, emocionais e sensoriais, entre outros (Cavalheiro et al., 2019).

A gestão da dor torna-se uma prioridade nos cuidados de enfermagem e é considerada um direito humano (Deldar et al., 2018), como defendido em 2011 na Declaração de Montreal (IASP, 2011). Deste modo, considero fundamental desenvolver competências através de intervenções de enfermagem especializadas na gestão da dor na pessoa em situação crítica com pancreatite aguda.

A importância da gestão da dor é considerada uma prioridade (Leppäniemi et al., 2019). Por essa razão importa analisar esta necessidade do cuidado fundamental, o de atingir conforto através da gestão da dor (Kitson et al., 2013; Jangland et al., 2016). Deste modo, uma das funções do enfermeiro será prestar “cuidados humanizados que garantam os direitos das pessoas e o tratamento adequado e eficaz da dor” (Cavalheiro et al., 2019, p. 637).

A gestão da dor é um processo que inclui avaliação, tratamento e reavaliação, e não deve terminar enquanto a pessoa sentir dor.

Para Jangland et al. (2016)

a gestão da dor, o conforto, a informação oportuna e precisa, a escolha e a dignidade e as relações foram identificadas como necessidades essenciais de cuidados fundamentais das pessoas que experienciam dor abdominal aguda, independentemente da configuração, diagnóstico ou variáveis demográficas (p. 799).

A avaliação, feita pelos profissionais de saúde, de modificações ao nível dos sinais vitais funciona como preditores de presença de dor (Devlin et al., 2018), mas a avaliação da dor através de escalas sobrepõe-se, sendo indispensável sempre que possível o

autorelato da pessoa (Devlin et al., 2018; SPCI, s.d.), considerado como o gold standard (SPCI, s.d.). A avaliação da dor é por isso fulcral na prestação de cuidados, sendo necessário adaptar as escalas de avaliação da dor à pessoa a quem prestamos cuidados.

Consideram-se medidas não farmacológicas: intervenções psicológicas (partilha de informação); relaxamento, para redução de stress e tensão muscular; hipnose; intervenção cognitiva comportamental; estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS); acupuntura; outras abordagens, como por exemplo, o frio e calor, a tração e a flexão e posicionamento da pessoa (EUSEM, 2020); música e massagem (Devlin et al., 2018).

As medidas farmacológicas podem estar subdivididas, de acordo com a EUSEM (2020), com a gravidade experienciada pela pessoa em suave (paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides – por via oral), moderada (paracetamol – por via endovenosa - ou paracetamol – por via oral - associado a opióides fracos como a codeína e o tramadol) e severa (morfina e fentanilo – por via endovenosa). Existe também referência ao metamizol, cetamina, bloqueios nervosos e lidocaína (EUSEM, 2020). A gestão da dor através de medidas farmacológicas pode recorrer ao uso da escada da dor inversa, iniciando-se com opióides fortes (EUSEM, 2020; OMS, s. d.).

Posto isto, considero necessário identificar quais as intervenções recomendadas no caso específico da gestão da dor à pessoa em situação crítica com pancreatite aguda, formulando-se a seguinte questão de investigação “Quais as intervenções de enfermagem na gestão da dor da pessoa em situação crítica com pancreatite aguda?”.

METODOLOGIA

A questão de investigação foi elaborada tendo em conta a nomenclatura PiCO, sendo a população a pessoa com pancreatite, o fenómeno de interesse a dor e o contexto os cuidados à pessoa em situação crítica.

Por forma a dar resposta à questão de investigação e, assim, identificar as intervenções recomendadas no caso específico da gestão da dor à pessoa em situação

crítica com pancreatite aguda realizou-se, em setembro de 2022, uma revisão integrativa da literatura.

Para a colheita de dados foram utilizadas as bases de dados CINHAl e MEDLINE.

Utilizou-se a seguinte equação booleana com os termos naturais ((Pancreatitis) AND (Pain* OR Analgesia) AND (Critical Care)), como apresentado na Tabela 1.

População	Fenómeno de Interesse	Contexto
Pancreatitis	Pain* Analgesia	Critical Care

Tabela 1: Termos naturais: CINHAl e MEDLINE

De seguida, procedeu-se à pesquisa dos termos naturais nas bases de dados CINHAl e MEDLINE identificando-se os descritores indexados para cada base de dados, como se demonstra nas tabelas 2 e 3.

CINHAl

População	Fenómeno de Interesse	Contexto
(MH "Pancreatitis") OR "pancreatitis" OR (MH "Pancreatitis, Acute Necrotizing") OR (MH "Pancreatic Diseases") OR (MH"Cholangiopancreatography, Endoscopic Retrograde")	(MH "Pain") OR (MH "Pain Clinics") OR (MH "Nociceptive Pain") OR (MH "Pain Measurement") OR (MH "Abdominal Pain") OR (MH "Pain Management") OR "pain*" OR (MH "Visceral Pain") OR (MH "Pain Control (Saba CCC)") OR (MH "Pain (Saba CCC)") OR (MH "Pain (NANDA)") OR (MH "American Society for Pain Management Nursing") OR (MH "Acute Pain Control (Saba CCC)") OR (MH "Acute Pain (Saba CCC)") OR (MH"Pain Level (Iowa NOC)") OR	(MH "Critical Care") OR "critical care" OR (MH"Canadian Association of Critical Care Nurses") OR (MH "American Association of Critical-Care Nurses") OR (MH "British Association of Critical Care Nurses") OR (MH "Australian College of Critical Care Nurses Ltd.") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Critically Ill Patients") OR (MH "Critical Path") OR

(MH "Pain Management (Iowa NIC)") OR (MH "Pain: Disruptive Effects (Iowa NOC)") OR (MH "Pain Control Behavior (Iowa NOC)") OR (MH "Pain (Omaha)") OR (MH "Memorial Pain Assessment Card") OR (MH "American Pain Society") OR (MH "Transcutaneous Electric Nerve Stimulation") OR (MH "Nociceptors") OR (MH "Morphine") OR (MH "Medicine, Herbal") OR (MH "Medication Administration: Interpleural (Iowa NIC)") OR (MH "Interpleural Analgesia") OR (MH "Ibuprofen") OR (MH "Hyperesthesia") OR (MH "Hyperalgesia") OR (MH "Fentanyl") OR (MH "Cutaneous Stimulation (Iowa NIC)") OR (MH "Comfort") OR (MH "Buprenorphine") OR (MH "Anesthetics, Intravenous") OR (MH "Anesthetics, Inhalation") OR (MH "Anesthetics") OR (MH "Analgesics, Nonnarcotic") OR (MH "Analgesics") OR (MH "Analgesics, Opioid") OR (MH "Analgesic Administration (Iowa NIC)") OR (MH "Analgesia, Obstetrical") OR (MH "Analgesia,	(MH "Multidisciplinary Care Team") OR (MH "Critical Thinking") OR (MH "Critical Illness") OR (MH "Nursing Care Plans, Computerized") OR (MH "Emergency Nurse Practitioners") OR (MH "Patient Care Plans") OR (MH "Nursing Care Plans") OR (MH "Intensive Care Units") OR (MH "Crisis Intervention") OR (MH "Saba Clinical Care Nursing Interventions") OR (MH "Saba Clinical Care Nursing Diagnoses") OR (MH "Saba Clinical Care Classification System") OR (MH "Patient Centered Care") OR (MH "Nursing Care Delivery Systems") OR (MH "Spiritual Care") OR (MH "Quality of Nursing Care") OR (MH "Gastric Care (Saba CCC)") OR (MH "Comfort Care (Saba CCC)") OR (MH "Acute Care Nurse Practitioners") OR (MH "Nursing Care")
---	---

Epidural") OR (MH "Analgesia") OR (MH "Acupuncture, Ear") OR (MH "Acupuncture Analgesia") OR (MH "Acupressure") (MH "Analgesia") OR "analgesia" OR (MH "Interpleural Analgesia") OR (MH "Patient-Controlled Analgesia") OR (MH "Analgesia, Epidural") OR (MH "Acupuncture Analgesia") OR (MH "Patient Controlled Analgesia Assistance (Iowa NIC)") OR (MH "Epidural Analgesia Administration (Iowa NIC)") OR (MH "Anesthesia and Analgesia") OR (MH "Anesthesia, Epidural") OR (MH "Injections, Epidural") OR (MH "Acupuncture Anesthesia")	OR (MH "Gastroenterology Care") OR (MH "Emergency Care") OR (MH "Emergency Care (Iowa NIC)") OR (MH "Acute Care") OR (MH "Team Nursing") OR (MH "Practice Guidelines") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Nursing Practice") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based") OR (MH "Nursing Protocols") OR (MH "Nursing Outcomes") OR (MH "International Council of Nurses") OR (MH "International Nursing") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Emergency Patients") OR (MH "Emergencies") OR (MH "Emergency Treatment") OR (MH "Emergency Service") OR (MH "Canadian Nurses Association") OR (MH "American Society for Pain Management Nursing")
---	---

		OR (MH "American Association of Nurse Practitioners") OR (MH "American College of Emergency Physicians") OR (MH "American Academy of Nursing")
--	--	--

Tabela 2: Termos indexados: CINHALL

MEDLINE		
População	Fenómeno de Interesse	Contexto
(MH "Pancreatitis") OR "pancreatitis" OR (MH "Pancreatitis, Alcoholic") OR (MH "Pancreatic Diseases") OR (MH "Pancreas") OR (MH "Cholangiopancreatography, Endoscopic Retrograde")	(MH "Pain") OR (MH "Pain Measurement") OR (MH "Pain Clinics") OR (MH "Nociceptive Pain") OR (MH "Abdominal Pain") OR "pain*" OR (MH "Pain Management") OR (MH "Pain Perception") OR (MH "Visceral Pain") OR (MH "Acute Pain") OR (MH "Nociceptors") OR (MH "Transcutaneous Electric Nerve Stimulation") OR (MH "Nociception") OR (MH "Hyperalgesia") OR (MH "Anesthetics") OR (MH "Anesthesia and Analgesia") OR (MH "Anesthesia") OR (MH "Analgesics") OR (MH "Analgesics, Short-Acting") OR (MH "Analgesia, Patient-Controlled") OR (MH "Analgesia, Epidural") OR (MH "Analgesia") OR (MH "Acupuncture, Ear") (MH "Analgesia") OR "analgesia" OR (MH "Interpleural Analgesia") OR (MH "Anesthesia and Analgesia") OR (MH "Acupuncture	MH "Critical Care") OR "critical care" OR (MH "Critical Care Outcomes") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Critical Illness") OR (MH "Subacute Care") OR (MH "Patient Care") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Patient Care Management") OR (MH "Emergency Medical Services") OR (MH "Patient Comfort") OR (MH "Crisis Intervention") OR (MH "Nursing, Team") OR (MH "Nursing Process") OR (MH "Nursing Diagnosis") OR (MH "Nursing Assessment") OR (MH "Nursing") OR (MH "Nurse Practitioners") OR

	Analgesia") OR (MH "Analgesia, Patient-Controlled") OR (MH "Pain Measurement") OR (MH "Analgesics, Opioid") OR (MH "Alfentanil")	(MH "Nurses, International") OR (MH "Nurse Clinicians") OR (MH "Holistic Nursing") OR (MH "Emergency Nursing") OR (MH "Evidence-Based Nursing") OR (MH "Clinical Nursing Research")
--	--	---

Tabela 3: Termos indexados: MEDLINE

Após a pesquisa em cada base de dados dos termos indexados procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Foram integrados artigos da literatura cinzenta, resultado de pesquisa livre em bases de dados disponíveis na EBSCO e no Google Académico.

Critérios de Elegibilidade e Estratégias de Pesquisa

Artigos publicados entre 2012 e 2022, em inglês e espanhol, para adultos (com idade igual ou superior a 18 anos). Incluem-se estudos experimentais.

Critérios de Exclusão: Excluíram-se todos os artigos que existam em línguas diferentes do inglês e espanhol; estudos realizados em crianças ou grávidas.

Seleção de Estudos:

Após a aplicação dos critérios obtiveram-se 110 resultados, publicados entre 2012 e 2022, em inglês e espanhol, para adultos (com idade igual ou superior a 18 anos). Incluíram-se 28 artigos da literatura cinzenta, resultado de pesquisa livre em bases de dados e no Google Académico. Após análise dos títulos e resumos subsistem 16 resultados, que após leitura do artigo se limita a 9 resultados. A pesquisa reflete-se no fluxograma, Figura 1., adaptado do Prisma Flow (Joanna Briggs Institute, 2020).

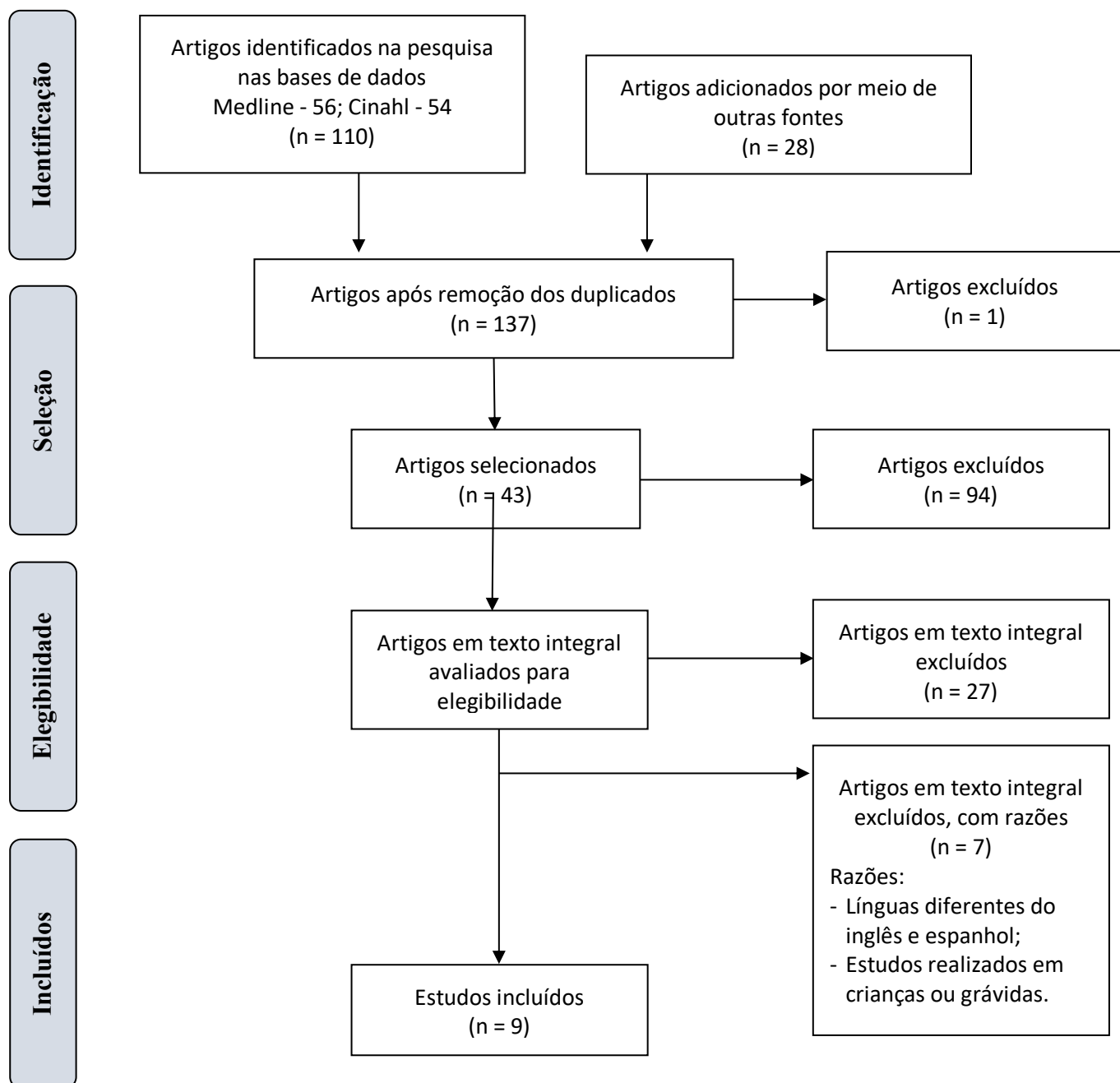


Figura 1. Adaptado do Prisma Flow (Joanna Briggs Institute, 2020).

Extração de Dados:

Após a seleção dos artigos estes foram analisados cuidadosamente por forma a obter a resposta à questão de investigação definida.

A informação extraída será catalogada numa tabela criada, que incluirá autores e anos, desenho de estudo, objetivo(s) e principais resultados como se pode observar na tabela 4.

Artigo n°:	Título	Autores	Ano	Desenho de estudo	Objetivo(s)	Principais resultados
			...			

Tabela 4: Extração de Dados

REFERÊNCIAS

- Cavalheiro, J. T., Ferreira, G.L., Souza, M.B. & Ferreira, A.M. (2019). *Nursing interventions for patients with acute pain*. Journal of Nursing. 13(3). 632-639. Disponível em: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=10c2f2c7-20a5-4944-9a83-86a368938e44%40redis>.
- Deldar, K., Froutan, R. & Ebadi, A. (2018). *Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study*. BMC Nursing. 1-8. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-018-0281-3.pdf>.
- Devlin, J.W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D.N., Slooter, A.J.C., Pandharipande, P.P., Watson, P.L., Weinhouse, G.L., Mark E. Nunnally, M.E., Rochwerg, B., Balas, M.C., van den Boogaard, M., Bosma, K.J., Brummel, N.E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Ljocelyn, E. Harris, J.E., Joffe, A.M., Michelle E. Kho, M.E., Kress, J.P., Lanphere, J.A., McKinley, S., Neufeld, K.J., Pisani, M.A., Payen, J., Pun, B.T., Puntillo, K.A., Riker, R.R., Robinson, B.R.H., Sheabi, Y., Szumita, P.M., Winkelman, C., Centofanti, J.E., Price, C., Nikayin, S., Misak, C.J., Flood, P.D., Kiedrowski, K.

&Alhazzani, W. (2018). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. 46 (9). 825-873. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournals/layouts/15/oaks.journals/downloadpdf.aspx?trckng_src_pg=ArticleViewer&an=00003246-201809000-00029.

European Society for Emergency Medicine. (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situations*. Bélgica: The European Society for Emergency Medicine.

Goodchild, G., Chouhan, M. & Johnson, G.J. (2019). *Frontline Gastroenterology*. 10. 292-299. Disponível em: <https://fg.bmj.com/content/flgastro/10/3/292.full.pdf>.

Heckler, M., Hackert, T., Hu, K., Halloran, C.M., Büchler, M.W. & Neoptolemos, J.P. (2021). Severe acute pancreatitis: surgical indications and treatment. *Springer*. 406. 521-535. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00423-020-01944-6.pdf>.

International Association for the Study of Pain. Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>.

Jangland, E., Kitson, A. & Athlin, A.M. (2016). *Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study*. *Journal of Advanced Nursing*. 72 (4). 791-801. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.12880>.

Joanna Briggs Institute. (2020). *JBIM Manual Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn (eds.)). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. School of Nursing, the University of Adelaide. Disponível em: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf.

Leppäniemi, A., Tolonen, M., Tarasconi, A., Segovia-Lohse, H., Gamberini, H., Kirkpatrick, A.W., Ball, C.G., Parry, N., Massimo Sartelli, M., Wolbrink, D., van Goor, H., Baiocchi, G., Ansaloni, L., Biffi, W., Coccolini, F., Di Saverio, S., Yoram Kluger, Y. Ernest

- Moore, Y.E. & Catena, F. (2019). *2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis*. World Journal of Emergency Surgery. 14(27). 1-20. Disponível em <https://wjeb.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13017-019-0247-0.pdf>.
- Li, F., Cai, S., Cao, F., Chen, R., Fu, D., Ge, C., Chunyi Hao, C., Hao, J., Huang, H., Jian, Z., Li, A., Li, H., Li, S., Li, W., Li, Y., Liang, T., Liu, X., Lou, W., Miao, Y., Mou, Y., Peng, C., Qin, R., Shao, C., Sun, B., Tan, G., Tian, X., Wang, H., Wang, L., Wang, W., Wang, W., Wei, J., Wu, H., Wu, W., Wu, Z., Wu, Z., Yan, C., Yang, C., Yang, Y., Yin, X., Yu, X., Yuan, C., Zhang, T. & Zhao, Y. (2021). *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis in China (2021)*. Journal of Pancreatology. 4(2).67-75. Disponível em https://journals.lww.com/jpancreatology/layouts/15/oaks.journals/downloadpdf.aspx?trckng_src_pg=ArticleViewer&an=02070903-202106000-00002.
- Rashid, M.R. & Banga, P. (2018). *Assessment of Cases of Acute Pancreatitis – A Clinical Study*. HECS International Journal of Community Health and Medical Research. 4(4). 104-108. Disponível em <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3263e63d-9639-4934-b42d-659ea793c708%40redis>.
- Rodriguez, E.S., Paredes, A.G. & Albillos. (2018). *Current management of acute idiopathic pancreatitis and acute recurrent pancreatitis*. Revista Clínica Espanola. 219(5). 266-274. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2254887419300803?token=E167F94970F59F4532866CBA10A5B00C3CB6613E085CB808185F7286DE1E8B7623972DD60013F055DE010D89A2BDCE00&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220721201558>.
- Taylor, A. & Docking, R. (2021). *Pancreatitis: critical care update*. Anaesthesia and Intensive Care. 22(2). 101-106. Disponível em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1472029920302733?token=7D6F7B6DAE7953E5C951362DFD50CE15B72F8D280382C733A78DB2AE9D66AB63057A11004D0F5EF0E866360065AC343F&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220721202922>.
- Yan, G., Li, H., Bhetuwal, A., McClure, M.A., Li, Y., Yang, G., Li, Y., Zhao, L. & Fan, X. (2021). *Pleural effusion volume in patients with acute pancreatitis: a retrospective study from*

three acute pancreatitis centers. ANNALS OF MEDICINE. 1993-2008. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/07853890.2021.1998594?needAccess=true>.

Apêndice II - Cronograma do Estágio com Relatório

Apêndice III - Planeamento dos objetivos e atividades a desenvolver nos estágios

Tabela 1 - UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Resultado
Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, realizando intervenções autônomas e interdependentes (dimensão relacional); Integrar-me na equipa multidisciplinar (dimensão integrativa); Conhecer a instituição, o serviço e a dinâmica de funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos (dimensão contextual); Identificar o circuito da pessoa em situação crítica e os recursos existentes na instituição (dimensão contextual); Mobilizar conhecimentos adquiridos com as Unidades Curriculares do Mestrado; Assistir a técnicas realizadas em Unidade de Cuidados Intensivos.	Intervenção de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica e família, mobilizando as dimensões do cuidado fundamental – relacional, integrativa e contextual.

Aprofundar conhecimentos na gestão da dor na pessoa em situação crítica com pancreatite aguda

Desenvolver a Revisão Aquisição de Integrativa da Literatura no conhecimentos para uma tema do projeto prática baseada na respondendo à questão evidência.

“Quais as intervenções do enfermeiro no controlo da dor na pessoa com pancreatite aguda?”;

Consultar os protocolos da instituição relativos à gestão da dor;

Conhecer as escalas disponíveis do sistema informático, no âmbito da avaliação da dor;

Conhecer as escalas disponíveis do sistema informático, no âmbito de preditores da pancreatite;

Realizar um resumo da participação na Semana Digestiva Europeia 2022, recorrendo também a peritos na área da pancreatite aguda presentes;

Identificar a intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor, analisando-a criticamente tendo por base o referencial teórico Teoria do Cuidado Fundamental.

Assistir a formações no âmbito da dor aguda.

Realizar um jornal de Intervenção de aprendizagem onde reflita enfermagem especializada sobre uma situação de na gestão da dor da pessoa cuidados na gestão da dor, em situação crítica com de acordo com o pancreatite aguda, e referencial teórico família, através do cuidado escolhido; fundamental centrado na pessoa.

Prestar cuidados à pessoa em situação crítica com pancreatite aguda realizando intervenções autónomas e interdependentes;

Gestão da dor na pessoa em situação crítica com pancreatite aguda, realizando intervenções autónomas e interdependentes, dentro das medidas farmacológicas e não farmacológicas existentes;

Assistir a técnicas realizadas em unidades de cuidados intensivos;

Visitar a unidade de dor da instituição, realizando uma entrevista a um enfermeiro perito na temática da dor.

Tabela 2 – SERVIÇO DE URGÊNCIA

Objetivo específico	Atividades a desenvolver	Resultado
Desenvolver competências na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica	Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, realizando intervenções autônomas e interdependentes (dimensão relacional); Integrar-me na equipa multidisciplinar (dimensão integrativa); Conhecer a instituição, o serviço e a dinâmica de funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos (dimensão contextual); Identificar o circuito da pessoa em situação crítica e os recursos existentes na instituição (dimensão contextual);	Intervenção de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica e família, mobilizando as dimensões do cuidado fundamental – relacional, integrativa e contextual.

	Mobilizar conhecimentos adquiridos com as Unidades Curriculares do Mestrado; Assistir a técnicas realizadas em Serviço de Urgência.
Aprofundar conhecimentos na gestão da dor na pessoa em situação crítica com pancreatite aguda	Desenvolver a Revisão Integrativa da Literatura no tema do projeto respondendo à questão “Quais as intervenções do enfermeiro no controlo da dor na pessoa com pancreatite aguda?”; Aquisição de conhecimentos para uma prática baseada na evidência. Consultar os protocolos da instituição relativos à gestão da dor; Conhecer as escalas disponíveis do sistema informático, no âmbito da avaliação da dor; Conhecer as escalas disponíveis do sistema informático, no âmbito de preditores da pancreatite;

	Assistir a formações no âmbito da dor aguda.	
Identificar a intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor, analisando-a criticamente tendo por base o referencial teórico Teoria do Cuidado Fundamental.	Realizar um jornal de Intervenção de aprendizagem onde reflita enfermagem especializada na gestão da dor da pessoa em situação crítica com pancreatite aguda, e família, através do Cuidado Fundamental Centrado na Pessoa. Prestar cuidados à Pessoa em Situação Crítica com pancreatite aguda realizando intervenções autónomas e interdependentes; Gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica com pancreatite aguda, realizando intervenções autónomas e interdependentes, dentro das medidas farmacológicas e não farmacológicas existentes; Assistir a técnicas realizadas em Serviço de Urgência; Visitar a Unidade de Dor da instituição, realizando uma	

entrevista a um enfermeiro
perito na temática da dor.

Apêndice IV - Plano de Sessão de Formação – Serviço de Urgência

Plano de Sessão de Formação – Serviço de Urgência

1 – IDENTIFICAÇÃO DA SESSÃO

Tema: Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Formador: Ana Cláudia Santos

População-Alvo: Enfermeiros e estudantes de enfermagem presentes no serviço de urgência

Local: Sala de reuniões do Serviço de Urgência

Duração: 15 minutos

Data e hora: 17/01/2023 às 15 horas.

2 – OBJETIVOS DA SESSÃO

- Aprofundar conhecimentos sobre a intervenção não farmacológica na gestão da dor;
- Promover a partilha e discussão sobre a gestão da dor;
- Reconhecer a importância da gestão da dor através de competências especializadas de enfermagem na Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência.

3 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- ✓ Objetivos.
- ✓ Pertinência da Temática;
- ✓ Intervenção Especializada do Enfermeiro:
 - Intervenções não farmacológicas para a Gestão da Dor;
- ✓ Referências.

4 – METODOLOGIA

- Método expositivo, interrogativo e demonstrativo.

5 – RECURSOS DIDÁTICOS

- Computador;
- Projetor;
- Tela de projeção;
- PowerPoint.

6 – AVALIAÇÃO DA SESSÃO

No final da sessão foi feita uma avaliação informal com os enfermeiros e estudantes de enfermagem presentes para avaliarem a aquisição de conhecimentos, as expectativas e o formador.

Apêndice V - Sessão de Formação “Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica”

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área
de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica



Mestranda: Ana Cláudia Nascimento Santos, nº 2693

Docente Orientadora: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques

Sumário

- Objetivos;
- Pertinência da Temática;
- Intervenção Especializada do Enfermeiro:
 - Intervenções não farmacológicas para a Gestão da Dor;
- Referências.

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Pertinência da temática

Gestão da Dor

Processo que inclui avaliação, tratamento e reavaliação, e não deve terminar enquanto a pessoa sentir dor. Deste modo tornará possível alcançar o **conforto** (Avallin *et al.*, 2018), uma **necessidade fundamental** da pessoa.

Teoria do Conforto (Katherine Kolcaba)

Tipo

- Alívio;
- Tranquilidade;
- Transcendência.

Contexto

- Físico;
- Psicoespiritual;
- Ambiental;
- Social.

(Kolcaba, 2015)

A importância da gestão da dor é considerada uma **prioridade** (Leppäniemi *et al.*, 2019) dos **cidadãos em enfermagem** e é considerada um **direito humano**, como defendido em 2011 na Declaração de Montreal (IASP, 2011).

Importa analisar esta necessidade do **cidadão fundamental**, o de atingir conforto através da gestão da dor (Klison *et al.*, 2013; Jangland *et al.*, 2016).

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Intervenção Especializada do Enfermeiro - Intervenções não farmacológicas

Intervenções não
Farmacológicas

- Partilha de informação;
- Relaxamento;
- Massagem;
- Musicoterapia;
- Hipnose;
- Controlo da atenção;
- Terapêutica cognitiva comportamental;
- Acupunctura e eletroacupunctura;
- Estimulação elétrica do nervo via transcutânea.

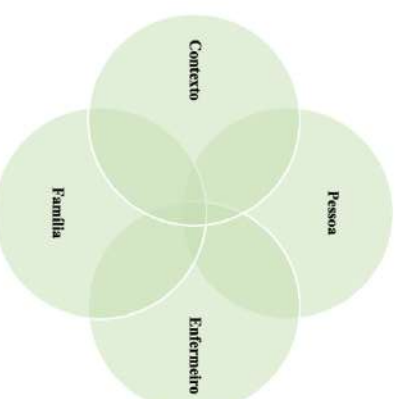
(Devlin *et al.*, 2018, EUSEM, 2020)

Comunicação



Competência não
técnica

(Higham *et al.*, 2019, p.672)



(Kitson *et al.*, 2013)

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Intervenção Especializada do Enfermeiro

Carta dos Direitos e Deveres do Utente

Lei nº 15/2014 de 21 março

“Artigo 4º - Adequação da prestação dos cuidados de saúde

- 1 — O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita.
- 2 — O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde **mais adequados e tecnicamente mais corretos**.
- 3 — Os cuidados de saúde devem ser **prestados humanamente e com respeito pelo utente**”.

(D.R., 2014, p.2128)

Código Deontológico

“3- O doente internado tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos (...) Todo o doente internado tem direito ao **tratamento da dor**. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos”. (OE, 2005, p.395)

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Intervenção Especializada do Enfermeiro

Mestre em
Enfermagem

Decreto-Lei n.º 74/2006

“(b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de **compreensão e de resolução de problemas** em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

e) Competências que lhes permitam uma **aprendizagem ao longo da vida**, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”

(D.R.2006, p. 2246.)

Enfermeiro
Especialista em
Médico-Cirúrgica

Regulamento n.º 429/2018

“1.2 — Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a **adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica**, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos.

1.2.2 — planos de intervenção com vista à promoção, prevenção e controlo da doença aguda ou crónica nos diversos contextos de ação;

2.1.4 — Intervém na **gestão da dor aguda e crónica**, utilizando **medidas farmacológicas e não farmacológicas**”.

(D.R., 2018, p.19361)

Considerações Finais

- A dor é uma experiência subjetiva, influenciada por diversos fatores que devemos ter em conta quando prestamos cuidados individualizados na gestão da dor;
- A gestão da dor deve ser uma prioridade nos cuidados de enfermagem;
- Das intervenções não farmacológicas descritas a comunicação, para estabelecer uma relação com a pessoa e família/pessoa significativa, é fundamental;
- O Enfermeiro deve, sempre que possível, promover uma gestão eficaz no controlo da dor da Pessoa em Situação Crítica em Serviço de Urgência.

Discussão

- Que experiência pode partilhar na qual conseguiu gerir a dor recorrendo a medidas não farmacológicas?
- Existe mais alguma intervenção não farmacológica que considere pertinente?

Referências

- Avallin, T., Björck, M., Jangland, E., Mundin Athlin, Å., Elgaard Sørensen, E. & Kitisson, A. (2018). Person-centred pain management for the patient with acute abdominal pain: An ethnography informed by the Fundamentals of Care framework. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 74(11), 2596–2609. <https://doi.org/10.1111/jan.13739>.
- Cavalheiro, J. T., Ferreira, G.L., Souza, M.B. & Ferreira, A.M. (2019). *Nursing interventions for patients with acute pain*. Journal of Nursing. 13(3). 632-639. Disponível em: <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=10c2f2c7-20a5-4944-9a83-86a368938e44%40redis>.
- Decreto de Lei nº 74/2006 (2006). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, I Série A (Nº 60 de 24 de março de 2006). 2244-2255,;
- Devlin, J.W. et.al (2018). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc.
- | | | | | | |
|--|------|-----|-------|------------|-----|
| 46 | (9). | 825 | -873. | Disponível | em: |
| https://journals.lww.com/ccmjournal/ layouts/15/oaks.journals/downloadpdf.aspx?trcking_src_pg=ArticleViewer&an=00003246-201809000-00029 . | | | | | |
- Entidade Reguladora da Saúde (2023) Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. Porto: ERS
- European Society for Emergency Medicine. (2020). Guidelines for the management of acute pain in emergency situations. Bélgica: The European Society for Emergency Medicine.
- Higham, H., Greig, P.R., Rutherford, J., Vincent, L., Young, D. & Vincent, C. (2019). Observer-based tools for non-technical skills assessment in simulated and real clinical environments in healthcare: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 28. 672-686. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31129618/>

Referências

- International Association for the Study of Pain. IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2.pdf.
- International Association for the Study of Pain. Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right (2011). <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>.
- Jangland, E., Kison, A. & Athlin, A.M. (2016). *Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study*. Journal of Advanced Nursing. 72 (4). 791-801. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.12880>.
- Kahsay, D.T. & Pitkäjärvi, M..(2019). *Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study*. BMC Nursing. 18(56). 1-13. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-019-0380-9.pdf>.
- Kison, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock & Lyons,R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. School of Nursing, the University of Adelaide. Disponível em: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf.
- Kolcaba, K. (2005). Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In Smith, M.C. & Parker, M.E., Kelley, M. (Ed.), Nursing Theories and Nursing Practice (pp.381-392). Estados Unidos da América: Philadelphia.

Referências

Leppäniemi, A., Tolonen, M., Tarasconi, A., Segovia-Lohse, H., Gamberini, H., Kirkpatrick, A.W., Ball, C.G., Parry, N., Massimo Sartelli, M., Wolbrink, D., van Goor, H., Baiochi, G., Ansaloni, L., Biffi, W., Coccolini, F., Di Saverio, S., Yoram Kluger, Y. Ernest Moore, Y.E. & Catena, F. (2019). *2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis*. World Journal of Emergency Surgery. 14(27). 1-20. Disponível em <https://wjies.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13017-019-0247-0.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2015) Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16 de julho de 2018). 19359-19370.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor – Resultados*. Grupo Avaliação de Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>.

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área
de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica

Mestranda: Ana Cláudia Nascimento Santos, nº 2693

Orientadora: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques



Lisboa, janeiro
2023

Apêndice VI – Relatório das Jornadas de Endoscopia

A Gastreenterologia, é uma área muito dinâmica em termos de partilha de conhecimento existindo vários encontros como a semana digestiva e a reunião dos hospitais distritais. Existem também reuniões monotemáticas, nomeadamente sobre CPRE e doença inflamatória. As jornadas de endoscopia adquiriram similarmente uma enorme importância, e interesse clínico, pela comunidade endoscópica a nível nacional.

Desde 2014 que integro a mesma equipa de exames especiais, e desde 2015 que tenho feito parte integrante das jornadas de endoscopia organizadas pelo meu serviço.

De forma semelhante a outros congressos, existe dois tipos de componente o *live endoscopy*, através do qual procedimentos diferenciados são realizados na unidade de endoscopia e transmitidos para o auditório, e comunicações de convidados. A grande diferença é existir um tema específico que condiciona as comunicações feitas.

Este ano o tema escolhido foi “Prevenir” e, por essa razão, os exames endoscópicos consistiram em diagnóstico dando-se primazia à experiência dos convidados e à inteligência artificial, através da qual existe uma grande evolução na deteção de displasia.

Para que no dia das jornadas tudo se proporcione sem intercorrências existe uma longa preparação. Essa preparação promove o trabalho em equipa, mobilizando os vários elementos - gastreenterologistas, enfermeiros e auxiliares de ação médica.

A comissão científica reúne-se com a frequência necessária até ao evento, por forma a garantir que o programa esteja completo. Da parte clínica são discutidos os casos clínicos que se selecionam para o dia das jornadas e decide-se, junto dos endoscopistas que vão realizar os procedimentos, os dispositivos clínicos necessários e a distribuição de algumas funções específicas; a equipa de enfermagem responsabiliza-se pela preparação da sala de exame, mobiliza o material clínico e não clínico, endoscópico e anestésico; e os auxiliares de ação médica colaboram em estreita relação com todos os intervenientes por forma a garantir que tudo fica disponível e organizado.

A segurança é primordial na preparação das jornadas e, por isso, inicia-se semanas antes do dia efetivo. A minha função em particular foi garantir que o material necessário para o apoio à anestesia estava de acordo com as necessidades, daí foi aumentado o *stock* de alguns fármacos e material específico, como tubos orotraqueais e máscaras laríngeas.

No dia das jornadas as responsabilidades são diferentes, e o primeiro exame é realizado na véspera para ser visualizado de forma diferida no dia seguinte no auditório. Optamos por fazê-lo pois é, por norma, um procedimento bastante demorado e serve

como forma de incluir na equipa os endoscopistas convidados que além de serem estrangeiros funcionam em equipas muito diferentes das nacionais. Ora nesse dia fui eu a enfermeira de endoscopia participando diretamente com o endoscopista numa disseção da subcmucosa, um processo terapêutico complexo que envolvia técnicas e dispositivos clínicos que não existem em Portugal.

A experiência é bastante desafiante, necessita de preparação prévia numa ótica de prática baseada na evidência, guiando a *praxis* clínica especializada. Considero só ser possível de concretizar com um Perito, sendo esse o meu estadio de desenvolvimento ao nível dos procedimentos endoscópicos neste momento.

As competências específicas desenvolvidas neste Mestrado na prestação de cuidados à PSC possibilitaram-me, de igual forma, adequar a minha prestação na organização destas jornadas, antecipando riscos e garantindo um ambiente terapêutico e seguro.

O objetivo é garantir que, à pessoa a quem prestamos cuidados, tomadas de decisão melhore a situação de saúde/doença, numa perspetiva de melhoria contínua do cuidado.

As jornadas decorreram sem intercorrências dignas de registo, tendo a grande maioria das pessoas realizado exame em regime de ambulatório.

No auditório, a adesão foi excecional e o *feedback* dos presentes foi muito positivo, o que nos motiva a realizar já as próximas jornadas.

Numa perspetiva de futura Mestre e EE a participação nestas jornadas foi fundamental para o meu percurso, no que ao desenvolvimento de competências específicas diz respeito.

Anexos

**Anexo 1 – Certificado de Participação “2º *Webinar* do Departamento de
Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção
clínica”**



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Cláudia Santos participou no 2º Webinar do Departamento de Enfermagem Médico--Cirúrgica / Adulto e Idoso - ESEL: A evidência na intervenção clínica, realizado no dia 10 de novembro de 2022, com a duração de 5 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo 2 – Certificado de Participação no *Webinar* "Decidir para Cuidar - Tomada de
Decisão em Enfermagem"**



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Cláudia Nascimento Santos participou no Webinar intitulado "**Decidir para Cuidar - Tomada de Decisão em Enfermagem**", realizado no dia 14 de novembro de 2022 com a duração de 4 horas e 30 minutos.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

**Anexo 3 – Certificado de Participação no Seminário “Sistemas de Informação em
Enfermagem: das taxonomias aos registos e à segurança da informação. Que
Desenvolvimentos?”**



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Cláudia Nascimento Santos participou no Seminário **Sistemas de Informação em Enfermagem: das taxonomias aos registos e à segurança da informação. Que Desenvolvimentos?** realizado online no dia 23 de novembro de 2022, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo 4 – Certificado de Participação no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR
“A Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem”



CERTIFICADO

Certifica-se que Ana Cláudia Nascimento Santos participou no 1º Webinar do Projeto InfFUCI | CIDNUR A **Família na Transição Saúde - Doença-Intervenção de Enfermagem**, que se realizou no dia 9 de janeiro de 2023, com a duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP,

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo 5 – Certificado de Presença “VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva”

CERTIFICADO

Certificamos que,

ANA CLÁUDIA SANTOS

esteve presente nas **VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e 04 de novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022



Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

**VII JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**



RESSUSCITAÇÃO

**Monitorização do doente crítico
em Medicina Intensiva**

Patrocínio Científico



**Anexo 6 – Certificado de Participação “IV Jornadas de Endoscopia do SAMS –
Antecipar”**

Jornadas de Endoscopia SAMS

LISBOA 10. FEVEREIRO 2023

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Cláudia Santos** participou nas
IV Jornadas de Endoscopia SAMS - Prestação Integrada de Cuidados de Saúde,
realizadas em 10 de fevereiro de 2023, na Universidade Nova de Lisboa.



SAMS

