



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

**Relatório de Estágio**

**Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Vítima  
de Trauma Torácico**

**Catarina Isabel Reis Ferreira Silva**



**Lisboa  
2022**





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

**Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Vítima  
de Trauma Torácico**

**Catarina Isabel Reis Ferreira Silva**



Orientadora: Professora Doutora Carla Alexandra Fernandes do  
Nascimento



**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Para ser grande, sê inteiro: Nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa.  
Põe quanto és no mínimo que fazes”*

Fernando Pessoa



## AGRADECIMENTOS

Ao André, meu companheiro, pela força, suporte, paciência e amor em todos os momentos.

Ao meu filho Duarte, pelo amor incondicional e alegria constante.

À minha família, pelo incentivo e apoio.

Aos enfermeiros orientadores, por toda a experiência partilhada.

Ao meu grupo de mestrado, pela partilha de conquistas e frustrações.

À Márcia, pela camaradagem em todo este percurso.

E por último, e não menos importante, à Professora Doutora Carla Nascimento, pelo rigor, motivação e sabedoria, essenciais a todo este percurso.

Muito Obrigada!



## LISTA DE SIGLAS

AACN- *American Association of Critical-Care Nurses*

ACS- *American College of Surgeons*

ADR- Atendimento Doentes Respiratórios

APED- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

ATCN- *Advanced Trauma Care Nurses*

BPS- *Behavioral Pain Scale*

CMEEPSC- Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

CNA- *Canadian Nurse Association*

CPOT- *Critical Care Pain Observation Tool*

CVC- Cateter Venoso Central

DGS- Direção-Geral da Saúde

ECMO- *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EPI- Equipamento de Proteção Individual

ESCID- Escala de Comportamento Indicadores de Dor

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HCIS- *Healthcare Information Solution*

IASP- *International Association for the Study of Pain*

ISBAR- *Identity, Situation, Background, Assessment and e Recommendation*

OE- Ordem dos Enfermeiros

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RIL- Revisão Integrativa da Literatura

SO- Serviço de Observação

SU- Serviço de Urgência

SUP- Serviço de Urgência Polivalente

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMI- Ventilação Mecânica Invasiva

VNI- Ventilação Não Invasiva

VV- Via Verde



## RESUMO

A dor é um fenómeno com uma elevada taxa de incidência na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico. Quando controlada de forma ineficaz, tem consequências nefastas. Apesar da importância que lhe é atribuída, as restantes necessidades da pessoa em situação crítica acabam por ser priorizadas face ao controlo da dor, podendo resultar num impacto negativo no *outcome* da pessoa. Na sua intervenção, o enfermeiro deve priorizar a gestão da dor visando a prevenção de complicações e a obtenção de resultados em saúde.

O presente relatório de estágio pretende efetuar uma descrição e análise reflexiva do meu percurso de desenvolvimento de competências, tendo como objetivo geral: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico. A análise reflexiva foi suportada no modelo teórico de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner (2001) para a prática de enfermagem, na Teoria do Conforto de Kolcaba (1994) e na Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005).

Foi produzida uma revisão integrativa da literatura procedida da realização de estágios nos contextos de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, que permitiram a concretização dos objetivos e das competências definidas para este Curso de Mestrado, bem como das competências do enfermeiro especialista na área da pessoa em situação crítica preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

A produção deste trabalho permitiu articular a evidência científica com a prática clínica durante a realização dos estágios, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e culminando no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da pessoa em situação crítica.

**Palavras-chave:** Dor aguda; Intervenções de enfermagem; Pessoa em situação crítica; Trauma torácico



## **ABSTRACT**

Pain is a phenomenon with a high incidence rate in the critically ill person who has suffered thoracic trauma. When ineffectively controlled, it has harmful consequences. Despite the importance assigned to it, the other needs of critically ill patients are prioritized over pain control, which may have a negative impact on the patient's outcome. In their intervention, nurses should prioritize pain management aimed at preventing complications and achieving health outcomes.

This internship report aims to describe and analyse my skills development process, with the following general objective: To develop specialized nursing skills in pain management in critically-ill patients with chest trauma. The reflective analysis was based on Dreyfus' theoretical model of skill acquisition, adapted by Benner (2001) for nursing practice, Kolcaba's Comfort Theory (1994) and Meyer and Lavin's Theory of Vigilance (2005).

An integrative literature review was conducted, followed by internships in emergency departments and intensive care units, which allowed achieving the objectives and competencies defined for this Master's Degree, as well as the competencies of the specialist nurse in the area of critically ill patients recommended by the Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nurses Association).

This study allowed for the articulation between the scientific evidence and the clinical practice during internships, thus contributing to improve the quality of the care provided and culminating in the development of specialized nursing skills in the area of critically ill patients.

**Keywords:** Acute Pain; Nursing Interventions; Critical Care Patient; Chest Trauma



# ÍNDICE

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>INTRODUÇÃO</b>                                                                | 19 |
| <b>1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA TORÁCICO COM DOR</b> | 24 |
| 1.1. A dor na pessoa vítima de trauma torácico                                   | 24 |
| 1.2. Gestão da dor na pessoa vítima de trauma torácico                           | 27 |
| 1.3. Conforto e vigilância na pessoa vítima de trauma torácico                   | 33 |
| <b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>                            | 37 |
| 2.1. Estágio I- Serviço de Urgência Polivalente                                  | 37 |
| 2.2. Estágio II- Unidade de Cuidados Intensivos                                  | 50 |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                                      | 62 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                               | 66 |
| <b>APÊNDICES</b>                                                                 |    |

APÊNDICE I- Artigo “Gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico: uma revisão integrativa da literatura”

APÊNDICE II- Comunicação oral “Gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico”

APÊNDICE III- Comunicação oral “Intervenção do enfermeiro na dor da pessoa com trauma torácico”

APÊNDICE IV- Formação em serviço “Gestão da dor na pessoa vítima de trauma torácico”

## ÍNDICE DE QUADROS

**Quadro 1** – *Objetivos e atividades realizadas no estágio I – SUP*.....39

**Quadro 2** – *Objetivos e atividades realizadas no estágio II – UCI*.....51

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1-</b> <i>O Conforto na pessoa vítima de trauma torácico</i> ..... | 36 |
|------------------------------------------------------------------------------|----|



## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEEPSC). O mesmo pretende documentar, de forma crítica e reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

Como alicerce para a construção deste relatório, foi imprescindível a produção anterior de um projeto, onde foram definidos objetivos, atividades e estratégias a desenvolver ao longo dos estágios, atendendo às competências inerentes ao grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Escola Superior Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2010) e às competências comuns e específicas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A temática sob a qual se centra o relatório - Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma Torácico - emerge como fio condutor a todo o percurso de desenvolvimento de competências, bem como estratégia para o desenvolvimento de cuidados especializados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC). O desenvolvimento de cuidados especializados tem por base o modelo de Dreyfus, adaptado por Benner (2001) aos cuidados de enfermagem. Este modelo alicerça-se na ideia de que a experiência e o domínio das capacidades/habilidades se transformam ao longo do tempo, numa perspetiva evolutiva, conduzindo ao aprimorar da prática de prestação de cuidados de enfermagem.

A seleção da temática em estudo resultou de motivações pessoais, relacionadas com o interesse pelo fenómeno da dor e do trauma, bem como por necessidades profissionais decorrentes da identificação de fragilidades nos cuidados prestados.

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* [IASP] (2020) como “an unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage” (Secção Pain terms and definitions, para.1). Influenciada em diferentes níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais, a dor normalmente resulta da resposta fisiológica e psicológica

à nociceção, tratando-se por isso de um fenómeno altamente subjetivo (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2008; IASP, 2020; Reardon et al., 2015). A importância da dor enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica, principalmente no que se refere à dor aguda, está patente no facto de se constituir como principal motivo para a procura de cuidados de saúde, sendo responsável por cerca de 75-80% de todas as admissões no serviço de urgência (SU) a nível mundial (DGS, 2008; Ibrahimoglu et al., 2020; Kalogianni et al., 2018). É um sintoma que está frequentemente presente na PSC, sendo esta definida como a pessoa que ficou gravemente doente, incapaz ou em risco de preservar e manter a estabilidade fisiológica de forma independente, dependendo por isso de cuidados contínuos e meios tecnológicos avançados (Benner et al., 2011).

A dor é um fenómeno com alto impacto no sofrimento da pessoa e na redução da sua qualidade de vida. Para além disso, contribui para o surgimento de comorbidades orgânicas e psicológicas que podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008). Considerando que cerca de 50% das pessoas que sofreram um trauma torácico manifestam dor durante meses após o evento traumático ter ocorrido (Kourouche et al., 2018), emerge a necessidade de um controlo da dor eficaz, visto que o despontar da dor crónica provoca problemas psicológicos e físicos que podem culminar numa deterioração da qualidade de vida após o internamento, considerando-se um fator de risco no desenvolvimento da síndrome pós-internamento em cuidados intensivos (Martorella, 2019; Papathanassoglou et al., 2018).

O controlo da dor é um direito da pessoa, assumindo-se por isso como um dever dos profissionais de saúde valorizá-la. O enfermeiro, pela permanente proximidade com a pessoa, é um elemento fundamental para promover e intervir na gestão da dor (DGS, 2008; OE, 2008). A própria conduta ética dos profissionais de enfermagem promove o respeito pela dignidade humana; um ingrediente essencial na gestão da dor (Angeletti et al., 2021; DGS, 2008).

Apesar da vasta evidência científica, pessoas de todas as idades continuam a relatar a sua gestão ineficaz (Belton et al., 2022; Reardon et al., 2015). Esta gestão ineficaz tem repercussões socioeconómicas significativas pelos custos envolvidos no recurso frequente aos serviços de saúde pela pessoa, despesas com terapêutica, perda de produtividade e absentismo (DGS, 2017). Face a esta problemática, foi criado em 2001 o Programa Nacional para a Prevenção da Dor que assenta em cinco princípios orientadores: subjetividade da dor; a dor como o 5º sinal vital; direito ao

controle da dor; dever do controle da dor; tratamento diferenciado da dor (DGS, 2008). Este Programa estabeleceu metas de saúde até ao ano de 2020, das quais se destacam: melhorar a formação dos profissionais de saúde para avaliação e controle da dor, e promover modelos de boas práticas na abordagem à pessoa nos diferentes níveis de saúde (DGS, 2017).

A dor continua a ser um sintoma altamente incidente na PSC vítima de trauma (Saranteas et al., 2019). Com origem na terminologia grega, a palavra “trauma” ilustra uma lesão física, uma ferida ou perturbação produzida acidentalmente no organismo, induzida pela troca de energia entre o meio e os tecidos (Batista et al., 2006; Cyrillo et al., 2009; Saranteas et al., 2019). É um reconhecido problema de saúde pública, associado a uma alta taxa de morbimortalidade (Beshay et al., 2020), surgindo a nível mundial como a terceira causa de morte (Beshay et al., 2020; Dogrul et al., 2020; Muldowney & Bhalla, 2021; Kourouche et al., 2018). No que concerne ao trauma torácico, estima-se que este seja responsável por 15% da taxa de mortalidade provocada por eventos traumáticos (Beshay et al., 2020; Dogrul et al., 2020; Muldowney & Bhalla, 2021; Kourouche, 2018).

O alívio da dor na PSC vítima de trauma nem sempre é valorizado pelo enfermeiro, atendendo às prioridades de intervenção, sendo comum a oligoanalgesia (Mascarenhas & Nascimento, 2022; Wiegand et al., 2017; Saranteas et al., 2019). As consequências da dor na pessoa vítima de trauma estão amplamente estudadas, evidenciando-se a sua influência nos níveis de mortalidade no trauma torácico. Apesar disto, a implementação de protocolos para uma gestão da dor nas instituições de saúde revela-se difícil pela sua complexidade (Saranteas et al., 2019). Uma gestão da dor ineficaz na pessoa vítima de trauma torácico pode ter consequências nefastas no seu *outcome*, decorrentes da instabilidade hemodinâmica que esta pode originar (Dogrul et al., 2020; Kourouche et al., 2018; Muldowney & Bhalla, 2021). Para além disso, pode contribuir para o aumento do tempo de internamento e os custos a ele associados (Saranteas et al., 2019).

O enfermeiro deverá assegurar uma gestão da dor personalizada com vista a minimizar o sofrimento e a aumentar a sensação de conforto da pessoa (Reardon et al., 2015; Saranteas et al., 2019). A gestão da dor na PSC requer conhecimentos de fisiopatologia e da etiologia da dor, instrumentos de avaliação apropriados e domínio na implementação de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para o seu alívio (Reardon et al., 2015). Neste documento, a gestão da dor é entendida como

um processo que se inicia na sua avaliação, no seu diagnóstico, na implementação da intervenção de enfermagem e, por fim, na sua reavaliação, sendo para isso primordial registros de enfermagem rigorosos em todas as etapas.

O sentido que damos ao ato de cuidar é influenciado pelo referencial teórico de enfermagem adotado na prática quotidiana de cuidados. É inviável dissociar o alívio da dor ao conforto que pretendemos assegurar à pessoa, visto que a dor aguda decorrente de procedimentos ou trauma é uma das experiências angustiantes mais comuns na PSC, comprometendo gravemente o seu conforto (Kizza & Muliira, 2015). Assim sendo, revela-se essencial nortear o processo de reflexão inerente ao percurso de desenvolvimento de competências com base na teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba (1994) - Teoria do Conforto. Nesta teoria, o conforto surge como resultado intencional dos cuidados de enfermagem, focados na pessoa e na sua família, bem como um determinante para cuidados de enfermagem de qualidade (Kolcaba, 2015).

Aliando a dor, equiparada pela DGS (2003) como o 5º sinal vital, à necessidade de promover conforto, é evidente a necessidade de uma vigilância permanente inerente aos cuidados de enfermagem, contribuindo desta forma para cuidados de enfermagem de qualidade, através de uma avaliação apropriada e individualizada (Giuliano, 2017). Assim, a Teoria da Vigilância de Meyer e Lavin (2005) surge como complemento ao meu referencial teórico. A PSC carece de medidas tecnológicas altamente avançadas requerendo o desenvolvimento de competências tecnológicas pelo enfermeiro, onde a vigilância assume-se como ferramenta imprescindível aos cuidados de enfermagem.

O processo de desenvolvimento de competências decorreu ao longo de dois contextos de estágio distintos, serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos (UCI), centrando-se no seguinte objetivo geral:

-Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico.

Este relatório encontra-se dividido em três capítulos principais. No primeiro capítulo é explorado o enquadramento teórico de enfermagem subjacente ao cuidar da PSC vítima de trauma torácico com dor. No segundo capítulo é exposto o percurso de desenvolvimento de competências decorrido ao longo do estágio, promovido pela realização dos estágios em SU e UCI, pela realização das atividades propostas e

desenvolvidas visando a consecução dos objetivos específicos delineados, bem como a partir da reflexão e análise subjacente a este percurso. O último capítulo refere-se às considerações finais onde são apresentados os resultados obtidos ao longo de todo o percurso efetuado.

A redação deste documento cumpre as normas adotadas pela ESEL para a elaboração de trabalhos escritos e pela norma da *American Psychological Association*.

# **1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA VÍTIMA DE TRAUMA TORÁCICO COM DOR**

## **1.1. A dor na pessoa vítima de trauma torácico**

A dor diz respeito a uma experiência subjetiva, multidimensional e única para cada pessoa (Angeletti et al., 2021; IASP, 2021; Reardon et al., 2015). É um sintoma frequente na PSC, estimando-se que cerca de 50% ou mais pessoas internadas em UCI a classificam como moderada a intensa (Gomarverdi et al., 2018; Liu et al., 2021; Reardon et al., 2015). A PSC experiencia níveis flutuantes de dor como resultado das técnicas e dos procedimentos clínicos, da doença subjacente e das suas características individuais (Delgado, 2020). Concomitantemente, quer a pessoa, que vivencia um internamento em UCI, quer a família, relatam a dor como a experiência mais stressante durante e após o internamento (Martyn et al., 2019).

É possível distinguir dois tipos de dor, a dor aguda e a dor crónica, sendo que a PSC sente maioritariamente dor aguda (Ito et al., 2022). A dor aguda resulta de um sinal de alerta para a ocorrência de um traumatismo (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], n.d.). Por sua vez, a dor crónica, ou dor neuropática, resulta de uma lesão ou disfunção do sistema nervoso central ou periférico (Lopes, 2003). A dor crónica é definida como uma dor persistente ou recorrente que subsiste para além da cura da lesão que lhe deu origem, prevalecendo no mínimo entre 3 a 6 meses (APED, n.d.).

A dor aguda resulta da resposta fisiológica e psicológica à nociceção, que se traduz pelo processo de perceção e transmissão dos estímulos dolorosos (Reardon et al., 2015). Os nociceptores referem-se a terminações livres nas fibras nervosas, especializadas em perceber o trauma dos tecidos através de fontes mecânicas, químicas ou térmicas. Após receção de um estímulo doloroso, os nociceptores originam um impulso nervoso e transmitem-no ao cérebro. Por outras palavras, os nociceptores são neurónios do sistema nervoso periférico responsáveis pela deteção e transmissão dos estímulos dolorosos, bem como pela codificação do tipo de estímulo, intensidade e localização (Lopes, 2003). A nociceção somática origina-se nos tecidos periféricos enquanto a nociceção visceral tem origem nos órgãos (Reardon et al., 2015).

A dor crónica é resultante da nociceção neuropática e ocorre sem que exista nociceção ou lesão tecidual (Reardon et al., 2015). A sustentação de estímulos dolorosos pode resultar em hiperalgesia, que por sua vez resulta numa resposta fisiológica patológica que visa minimizar os estímulos nocivos ou a transmissão da dor na ausência de estímulos dolorosos (Reardon et al., 2015). De realçar que a nociceção implica uma interação complexa entre os componentes sensoriais, afetivos e sociais (Papathanassoglou et al., 2018). Em consequência, experiências negativas como o medo e a ansiedade, comuns na PSC, contribuem para uma perceção aumentada da dor (Papathanassoglou et al., 2018). Para além disso, fatores como o género, depressão ou idade também podem contribuir para o despoletar da dor crónica (Reardon et al., 2015).

O stress originado pela dor potencia uma resposta fisiológica resultante da libertação de catecolaminas, cortisol e glucagon, que por sua vez causam taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigénio a nível cardíaco, hiperglicemia por resistência à insulina nos tecidos, alterações no metabolismo de gorduras e proteínas, coagulopatias e défice da atividade do sistema imunitário (Wiegand et al., 2017; Reardon et al., 2015; Saranteas et al., 2019). Estas alterações fisiológicas são responsáveis por uma alteração da perfusão tecidual, culminando no agravamento da instabilidade hemodinâmica da PSC (Wiegand et al. 2017; Reardon et al., 2015; Saranteas et al., 2019).

A dor surge como principal fator de risco para o aumento da morbimortalidade na pessoa vítima de trauma torácico (Dogrul et al., 2020; Kourouche et al., 2018; Muldowney & Bhalla, 2021). Determinar a taxa de mortalidade decorrente de um traumatismo torácico poderá ser difícil, uma vez que as causas de morte podem provir de complicações pulmonares ou não pulmonares (Dogrul et al., 2020; Saranteas et al., 2019). Existem diversos fatores de risco que podem afetar a morbimortalidade na pessoa vítima de trauma torácico, tais como: idade, fraturas ósseas, Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), patologia pulmonar pré-existente e traumatismo cranioencefálico (Dogrul et al., 2020). Urge assim a necessidade de assegurar uma abordagem multidisciplinar por parte dos profissionais de saúde nos cuidados prestados à pessoa com este tipo de trauma (Dogrul et al., 2020).

O trauma torácico pode provocar um vasto leque de traumatismos com compromisso de órgãos vitais, que pode ser classificado como penetrante ou não-penetrante, estando a tipologia da lesão dependente do mecanismo que lhe deu origem (Beshay et al., 2020; Howard & Steinmann, 2010; Muldowney & Bhalla, 2021).

No que concerne ao trauma penetrante, este resulta geralmente de lesões provocadas por cortantes ou armas de fogo, implicando perda de integridade dos tecidos associados (Beshay et al., 2020; Drogul et al., 2020; Howard & Steinmann, 2010). O trauma não-penetrante, ou contuso, apresenta uma maior taxa de incidência comparativamente ao penetrante, caracterizando-se por danos nos órgãos e estruturas sob o tecido sem que exista interrupção da sua integridade (Beshay et al., 2020; Drogul et al., 2020; Hajjar et al., 2021; Howard & Steinmann, 2010; Munroe & Curtis, 2020). Os principais eventos que motivam este tipo de trauma são as quedas de altura, acidentes rodoviários ou acidentes de trabalho, sendo que os quatro mecanismos responsáveis pela lesão contusa são o impacto direto no tórax, compressão do tórax, aceleração / desaceleração e explosão (Beshay et al., 2020; Drogul et al., 2020; Hajjar et al., 2021; Howard & Steinmann, 2010; Munroe & Curtis, 2020). Na presença de trauma torácico todas as estruturas do tórax podem ser danificadas, como os tecidos da parede torácica, do sistema pulmonar, do sistema cardiovascular e do esófago, sendo a sua gravidade determinada pelas consequências a nível da ventilação e circulação (Drogul et al., 2020; Howard & Steinmann, 2011).

A dor resultante de uma lesão torácica, inibe a expansão pulmonar e suprime a capacidade da pessoa em tossir, conduzindo à eliminação ineficaz das secreções (Chaudhary et al., 2020; Drogul et al., 2020; Munroe & Curtis, 2020; Saranteas et al., 2019). A ausência de tosse contribui para que a inflamação sistémica resulte em diminuição da complacência pulmonar e incompatibilidade na ventilação-perfusão, o que, por sua vez aumenta a hipoxémia e dificuldade respiratória (Drogul et al., 2020), podendo, dessa forma, ter efeitos adversos na estabilidade hemodinâmica da pessoa (Drogul et al., 2020; Muldowney & Bhalla, 2021; Munroe & Curtis, 2020; Saranteas et al., 2019). Em situações mais complexas, a dor pode comprometer a recuperação da pessoa, causando hipercatabolismo, infeções, *delirium* (Pathanassoglou et al., 2018; Saranteas et al., 2019), aumento do número de dias sob VMI, surgimento de insónias, desnutrição, stress, depressão e limitações no desempenho das atividades de vida diária (Drogul et al., 2020; Wiegand et al., 2017). Por este motivo, torna-se necessário um controlo agressivo da dor aliado à reabilitação respiratória, visando a prevenção de atelectasias e o aumento da capacidade residual funcional pulmonar, prevenindo complicações respiratórias como a pneumonia (Drogul et al., 2020; Munroe & Curtis, 2020; Palmer, 2020). Em síntese, a gestão eficaz da dor previne um deteriorar da função respiratória da pessoa ao evitar agravar a função ventilatória já de si

prejudicada pela inflamação e possível contusão provocada pelo trauma (Drogul et al., 2020; Munroe & Curtis, 2020; Palmer, 2020).

Pelo exposto, o enfermeiro deve priorizar a gestão da dor uma vez que, para além de representar um fenómeno stressante com impacto negativo no *outcome* da pessoa, a sua gestão ineficaz pode exacerbar diversos efeitos adversos, dos quais se destaca a dor crónica (Angeletti et al., 2021; Bridges et al., 2017; Martorella, 2019; Papathanassoglou et al., 2018; Reardon et al., 2015; Wheeler et al., 2020; Wiegand et al., 2017). Destaca-se ainda que pode gerar dependência da família e efeitos a longo prazo como a diminuição dos limiares da dor, aumento da vulnerabilidade e quadros de ansiedade. Estes efeitos conduzem a comportamentos inadequados para o alívio da dor como transtornos relativos ao uso de substâncias (Angeletti et al., 2021).

## **1.2. Gestão da dor na pessoa vítima de trauma torácico**

Após compreensão do impacto da gestão da dor eficaz na pessoa vítima de trauma torácico, elaborei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem para a gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico. Este trabalho foi submetido e aprovado para publicação (Apêndice I).

Numa primeira abordagem à pessoa vítima de trauma torácico, o enfermeiro deve realizar uma avaliação sistematizada reconhecendo sinais de lesão torácica, detioração do estado geral e necessidades de uma intervenção emergente (Munroe & Curtis, 2020). Assim sendo, à semelhança da abordagem inicial realizada a todas as pessoas vítimas de trauma, o enfermeiro deve sustentar os seus cuidados inicialmente numa avaliação primária, onde são avaliadas e estabelecidas as prioridades de tratamento de acordo com as lesões existentes, sinais vitais e mecanismos de lesão (*American College of Surgeons* [ACS], 2018; Munroe & Curtis, 2020; Saranteas et al., 2019). Esta avaliação deve ser efetuada rapidamente, utilizando a mnemónica ABCDE, que permite identificar as lesões que implicam maior risco de vida (ACS, 2018; Saranteas et al., 2019). A avaliação secundária acontece após a avaliação primária estar concluída e após terem sido instituídas as medidas de reanimação necessárias (ACS, 2018).

O alívio da dor deve ser considerado como fundamental na abordagem à pessoa vítima de trauma (ACS, 2018; Saranteas et al., 2019). A sua natureza multidimensional exige uma abordagem que atenda às respostas fisiológicas, psicossociais e culturais da pessoa (DGS, 2008; Papathanassoglou et al., 2018). Para responder às necessidades individuais de cada pessoa, bem como para minimizar os riscos inerentes a possíveis complicações de um controlo ineficaz da dor, o enfermeiro deve avaliar continuamente a presença de dor, antecipar fontes de desconforto e avaliar a eficácia da sua intervenção (Delgado, 2020). De salientar que a avaliação da dor, bem como a adoção de medidas de alívio da dor prematuramente, têm um carácter vital para melhorar a expansão pulmonar após o traumatismo (Munroe & Curtis, 2020).

Na avaliação da dor, pela sua natureza subjetiva, o enfermeiro deve privilegiar a autoavaliação (*American Association of Critical-Care Nurses [AACN]*, 2018; Cunha et al., 2020; Martorella, 2019; Reardon et al., 2015; Wiegand et al., 2017). Contudo, a PSC é frequentemente incapaz de interagir verbalmente devido a inúmeros fatores como a dependência de VMI, administração de fármacos sedativos, alteração do nível de consciência ou pela gravidade da lesão sofrida (AACN, 2018; Cunha et al., 2020; Delgado, 2020; Ito et al., 2022; López-López et al., 2018; Martorella, 2019; Wiegand et al., 2017). Por isso, é necessário que o enfermeiro suporte a sua avaliação em instrumentos padronizados, objetivos, confiáveis e válidos (AACN, 2018; Bridges et al., 2018; Delgado, 2020; Wiegand et al., 2017). Segundo Batalha et al. (2003), apenas 25% das UCI recorrem a estes instrumentos para efetuarem uma avaliação adequada da dor na PSC.

Dois grupos de variáveis têm sido usados para avaliar a dor aguda na PSC incapaz de comunicar: fisiológicas e comportamentais (Wiegand et al., 2017). As variáveis fisiológicas resultam da ativação do sistema nervoso autónomo e englobam alterações na pressão arterial sistólica e diastólica, frequência cardíaca, respiração, palidez e sudação (Wiegand et al., 2017). A avaliação da dor sustentada nestas variáveis, quando usada de forma exclusiva, não é totalmente fidedigna uma vez que o sistema nervoso autónomo também pode ser ativado por outros eventos para além da dor, deturpando assim a interpretação destes sinais fisiológicos (Wiegand et al., 2017). Todavia, deve-se recorrer a estes elementos como indícios de possíveis efeitos adversos da dor intensa (AACN, 2018). As variáveis comportamentais englobam a inquietação, tensão muscular, fúrias e vocalização (Wiegand et al., 2017). Estas

variáveis estão na base da construção de escalas válidas para a avaliação da dor na PSC, das quais se destacam a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) e a *Behavioral Pain Scale* (BPS) (AACN, 2018; Bridges et al., 2018; Delgado, 2020; Gomarverdi et al., 2018; Ito et al., 2022; Martorella, 2019; Phillips et al., 2019; Wiegand et al., 2017). Ambas as escalas pontuam observações específicas sobre a aparência e o comportamento da pessoa, capazes de determinar a intensidade da dor (Delgado, 2020). Em Portugal, é recomendado o uso da escala BPS (Batalha et al., 2003; Pinho et al., n.d.). Quando a PSC é capaz de relatar a intensidade da sua dor, é recomendado o uso da escala visual numérica (Delgado, 2020; Phillips et al., 2019; Pinho et al., n.d.).

A avaliação e o registo da dor devem ser efetuadas frequentemente na prestação de cuidados, nomeadamente, no início do turno, no decorrer de procedimentos considerados dolorosos, e nos momentos que procedem e precedem à administração de terapêutica (AACN, 2018, Pinho et al., n.d.). Devem ainda ser realizados em momentos de repouso e envolvendo a família, uma vez que esta pode ser útil na interpretação de sinais de desconforto da pessoa (AACN, 2018; Delgado, 2020).

Estima-se que 50% da PSC experiencia dor moderada a intensa durante a execução de determinadas técnicas e procedimentos (AACN, 2018; López-López et al., 2018; Martorella, 2019), salientando-se, a título exemplificativo, a remoção do dreno torácico e a inserção de linha arterial como os procedimentos mais dolorosos (Bridges et al., 2018; Delgado, 2020). Minimizar a dor, antes e durante a execução de procedimentos, tem-se mostrado crucial para atenuar/evitar a transição da dor aguda para dor crónica (Bridges et al., 2018; Delgado, 2020).

Existe uma extensa pesquisa efetuada acerca do tratamento da dor na PSC, sendo que os resultados obtidos apontam para uma série de abordagens eficazes, com principal realce para a intervenção multimodal (Delgado, 2020; George & Johns, 2020; Kourouche et al., 2018; Saranteas et al., 2019). A intervenção multimodal traduz-se pela combinação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Delgado, 2020; George & Johns, 2020; Kourouche et al., 2018; Mascarenhas & Nascimento, 2022; Saranteas et al., 2019). Relativamente à intervenção farmacológica, o recurso a fármacos opioides intravenosos como fármacos de primeira linha de intervenção para o alívio da dor na pessoa vítima de trauma continua a ser recomendado (Hamrick et al., 2019). Todavia, salienta-se a existência de

diversos riscos inerentes à utilização destes fármacos, quer pela tolerância e dependência inerentes à sua utilização, quer pelos efeitos adversos subjacentes, tais como: depressão respiratória, hipotensão, diminuição da motilidade gastrointestinal, imunossupressão e *delírium* (Hamrick et al., 2019; Martyn et al., 2019; Papathanassoglou et al., 2018; Wheeler et al., 2020). Assim sendo, o caminho adotado deve ser o de uma intervenção farmacológica multimodal no tratamento da dor, combinando agentes opioides e não-opioides com mecanismos e efeitos sinérgicos distintos, procurando atenuar os efeitos adversos associados a cada agente, sem prejudicar o conforto da pessoa ou impedir a sua reabilitação (George & Johns, 2020; Hamrick et al., 2019; Saranteas et al., 2019; Wheeler et al., 2020). Concomitantemente, o uso de agentes não-opioides como o paracetamol, gabapentina, clonidina, dexmedetomidina, cetamina, anti-inflamatórios não esteroides e anticonvulsivantes podem diminuir o risco de hiperalgesia induzida por opioides, atenuando o risco de desenvolver dor crónica (Bridges et al., 2018; Martyn et al., 2019).

No que concerne ao trauma torácico, para além das vias de administração endovenosas, devem ser consideradas vias de administração de terapêutica anestésica regional como a via epidural, paravertebral e intercostal (Galvagno et al., 2016; Kourouche et al., 2018; Martyn et al., 2019; Saranteas et al., 2019). Estas técnicas proporcionam analgesia eficaz e, paralelamente, permitem reduzir a exposição e tolerância aos opioides, a morbilidade pulmonar e a duração sob VMI (Martyn et al., 2019). O recurso a estas técnicas permitem melhorar o estado de vigília da pessoa, facilitando a implementação de outras estratégias que visem a sua recuperação, como a fisioterapia respiratória (Martyn et al., 2019). De todas as vias de administração de anestesia regional passíveis de serem empregues, a via epidural é a mais comumente estudada e utilizada (Martyn et al., 2019; Saranteas et al., 2019). Contudo, é uma técnica de difícil acesso, com elevado risco de hipotensão e, para além disso, não deve ser utilizada em pessoas sob terapêutica anticoagulante (Martyn et al., 2019; Saranteas et al., 2019). Por isso, nos últimos anos a evidência tem procurado aprofundar os estudos de eficiência quanto à utilização de outras vias de administração de anestesia regional (Martyn et al., 2019; Saranteas et al., 2019). Neste sentido, os bloqueios intercostais têm ganho território como via de analgesia na pessoa vítima de trauma torácico, demonstrando ser uma medida alternativa bastante eficaz, pelo alívio da dor obtido, pela sua fácil inserção e isenção de efeitos

secundários (Beard et al., 2020; Camacho & Segura-Graub, 2018; Palmer, 2020). Apesar desta técnica de alívio da dor ser um ato médico, a sua monitorização integra os cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve deter conhecimentos inerentes à técnica e ao seu manuseamento, assegurando assim o conforto da pessoa. Da sua intervenção destacam-se: vigiar local de inserção do cateter e penso respetivo, avaliar sinais vitais (dor e tensão arterial), monitorização dos efeitos adversos, avaliação do bloqueio (motor e sensorial), monitorizar o funcionamento da bomba de infusão de analgesia contínua e registos de enfermagem (Pasin & Schnath, 2007; Tanaka et al., 2021).

As técnicas supracitadas, de maior utilização em contexto de internamento, devem ser implementadas o mais precocemente possível por equipas especializadas como medidas de alívio da dor (Kourouche et al., 2018).

Há um crescente corpo de conhecimento científico que apoia e alerta para a necessidade do uso de intervenções não-farmacológicas como um complemento às intervenções farmacológicas na gestão da dor na PSC (Delgado, 2020; Papathanassoglou et al., 2018). Dessa forma, atenua-se os efeitos adversos das abordagens farmacológicas, bem como a incidência de *delirium* associado às populações mais vulneráveis (Martorella, 2019). As intervenções não-farmacológicas provocam uma resposta de relaxamento, resultante da ativação parassimpática, influenciando positivamente os resultados em diversas pessoas (Papathanassoglou et al., 2018). Existem diversas medidas não-farmacológicas capazes de proporcionar alívio da dor na PSC (Papathanassoglou et al., 2018), das quais se distinguem: musicoterapia, crioterapia, massagem de relaxamento, imaginação guiada e toque terapêutico (Martorella, 2019; Mascarenhas & Nascimento, 2022; Papathanassoglou et al., 2018). Para além destas medidas, Mascarenhas e Nascimento (2022) acrescentam a aplicação de calor, técnicas de distração, imobilização e a presença da família como medidas não-farmacológicas eficientes na gestão da dor aguda.

Existem ainda medidas que requerem um investimento diferenciado do enfermeiro, como sendo, a acupuntura auricular e a imobilização do vollet costal. Ambas promovem analgesia de longa duração e redução da ansiedade, comprovada pelo reequilíbrio prolongado do tônus simpático, causando uma diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial e restauração das habilidades de respiração profunda, tosse e ventilação, culminando em valores de oxigenação normais (Papadopoulos, 2016). A acupuntura auricular trata-se de uma técnica não-invasiva

sem complicações conhecidas, da qual resulta uma analgesia imediata e eficaz, restauração da ventilação normal, ansiólise e restauração de um perfil hemodinâmico regular em uma pessoa com trauma torácico, facilitando dessa forma a sua transferência da UCI para a enfermaria (Papadopoulos, 2016). A imobilização do vollet costal é uma medida fundamental para o controlo da dor aguda, contribuindo dessa forma para a prevenção de complicações inerentes a este tipo de trauma, como a pneumonia ou insuficiência respiratória sendo, por isso, uma intervenção determinante no bem-estar e qualidade de vida da pessoa vítima de trauma torácico (Mascarenhas & Nascimento, 2022).

O recurso à intervenção multimodal deve associar-se a uma fisioterapia respiratória precoce e agressiva, contribuindo para a remoção de secreções e para uma melhor expansão pulmonar, culminando na diminuição de 56% da taxa de incidência de pneumonia bem como no número de dias sob VMI (Kourouche et al., 2018; Martyn et al., 2019; Readorn et al., 2015).

A dor aguda é frequentemente subvalorizada nas pessoas internadas em UCI, podendo levar a consequências nefastas para as mesmas (Kemp et al., 2019; Mascarenhas & Nascimento, 2022; Saranteas et al., 2019). Esta subvalorização surge como principal barreira para uma gestão da dor eficaz na pessoa vítima de trauma (Saranteas et al., 2019). A probabilidade de o fenómeno da dor ocorrer está intimamente ligada ao valor atribuído pelo enfermeiro a múltiplos fatores, tais como: o tipo de procedimento, a administração de medidas de alívio da dor precoce e prévia a procedimentos, intensidade da dor e níveis de desconforto (Readorn et al., 2015). Acrescentam-se ainda como barreiras: incapacidade de avaliar com precisão a intensidade da dor, *feedback* interdisciplinar inadequado junto das equipas especializadas em dor, fatores relativos às instituições e fatores relativos à personalidade da pessoa (recusa na administração de fármacos) (Saranteas et al., 2019).

Explicitando a partir do processo de enfermagem, António e Conceição (2022a) referem que apesar das boas práticas do enfermeiro no SU existem algumas áreas que necessitam de melhoria em diferentes momentos do processo inerente à gestão da dor, nomeadamente:

- Apreciação Inicial: exclusão do impacto socioeconómico e espiritual da dor;
- Diagnóstico: falta de identificação da dor enquanto diagnóstico de enfermagem;

- Planeamento: não envolvimento da pessoa no plano terapêutico;
- Intervenção: não inclusão das intervenções não-farmacológicas;
- Avaliação: ausência de agendamento de reavaliação após a intervenção;

Para além disto, os mesmos autores evidenciam a ausência de registo das intervenções não-farmacológicas como lacuna dos cuidados de enfermagem.

Pelo exposto, emerge a necessidade de cuidados especializados na gestão da dor na PSC assegurando uma abordagem holística e contribuindo para uma rápida reabilitação da pessoa (Kemp et al., 2019). Devido às intervenções multidimensionais que a gestão eficaz da dor exige, torna-se imprescindível uma intervenção de enfermagem especializada, derivada da necessidade de um maior pensamento crítico e tomada de decisão em diferentes níveis (Rababa & Al-Rawashded, 2021).

### **1.3. Conforto e vigilância na pessoa vítima de trauma torácico**

Cuidar da PSC vítima de trauma torácico com dor pressupõe uma preservação do conforto. Considerando que o conforto se traduz por uma necessidade substantiva ao longo da vida, revela-se como elemento indispensável do cuidado holístico de enfermagem (Kolcaba, 1994) com características capazes de fortalecer e proteger a pessoa de quem cuidamos. Incorporar o conforto como objetivo dos cuidados de enfermagem permite capacitar a pessoa para todas as fases do seu tratamento e recuperação (Kolcaba, 2021).

A teoria de médio alcance desenvolvida por Kolcaba (1994), Teoria do Conforto, defende o conforto como um resultado holístico e positivo dos cuidados de enfermagem, passível de ser aplicado à PSC como uma diretiva antecipada (Vendlinsk & Kolcaba, 1997). A Teoria do Conforto defende a existência de três tipos de conforto: alívio, cujo intuito dos cuidados é atuar face às necessidades expressas pela pessoa, sendo o conforto um resultado holístico imediato; tranquilidade, onde são satisfeitas as necessidades específicas causadores de desconforto e, por último, transcendência, cujo intuito é auxiliar a pessoa a superar as suas dificuldades (Lima et al., 2016; Kolcaba, 2015). O conforto é experimentado em quatro contextos que refletem o bem-estar físico (sintomas, homeostasia), psicoespiritual (autoestima, consciência do eu), sociocultural (relações interpessoais, financeiro, cultural) e ambiental (temperatura, luminosidade) (Kolcaba, 2015). Quando os quatro contextos

de experiência são justapostos com os três tipos de conforto, uma estrutura taxonómica é criada, atribuindo significado aos cuidados de enfermagem, onde o conforto surge enquanto resultado da pessoa e da sua família (Krinsky et al., 2014; Kolcaba, 2015). Esta estrutura taxonómica sustenta os cuidados de enfermagem enquanto guia orientador face às diferentes dimensões relativas ao conforto, passível de ser utilizado na prática quotidiana (Krinsky et al., 2014).

Kolcaba (2015) explica que as intervenções de conforto traduzem-se por ações intencionais que atendam às necessidades específicas de conforto da pessoa nos contextos de experiência descritos. A autora define três tipos de intervenções de conforto: technical, isto é cuidados de enfermagem procedimentais, como a administração de terapêutica; coaching, consiste em cuidados de enfermagem de apoio, como a escuta ativa, e comfort food for the soul, que se traduzem por cuidados de enfermagem holísticos onde se incluem a massagem terapêutica, musicoterapia ou inclusão da família (Kolcaba, 2015). A Teoria do Conforto contribui desta forma para uma intervenção intencional e focada em alcançar um estado de conforto na sua plenitude enquanto resultado. Quando os cuidados de enfermagem contemplam e interagem em todas as dimensões do conforto, empoderamos a pessoa para obter melhores resultados de saúde, diminuindo os dias de internamento e os custos a ele associados (Kolcaba et al., 2006). Em suma, a Teoria do Conforto corresponde aos domínios dos cuidados de enfermagem enquanto cuidado, gestão sintomática, interação, holismo, ambiente de cura, identificação de necessidades e homeostasia (Kolcaba et al., 2006). Ao contemplar as diferentes dimensões de conforto, a Teoria do Conforto, permite ao enfermeiro perspetivar as necessidades da pessoa perante as diferentes dimensões do fenómeno da dor passíveis de serem resolvidas.

O enfermeiro, na sua esfera de intervenção, procura detetar necessidades de conforto, baseando-se na interpretação de variáveis fisiológicas e comportamentais. Por isso, é necessária uma vigilância contínua da PSC, o que implica detetar e determinar mudanças significativas no seu estado geral, antecipar a deterioração e necessidades, com vista à definição de estratégias de resolução (Benner, 2001). Meyer e Lavin (2005) definem vigilância profissional de enfermagem como um estado científico e intelectual baseado na experiência, que visa a identificação de observações, sinais e sintomas clínicos significativos, bem como o cálculo de riscos intrínsecos a situações distintas. Isto permite ao enfermeiro agir adequadamente com prontidão, minimizando riscos e respondendo a ameaças. Deste modo, a vigilância

traduz-se por um ato profissional de enfermagem baseado em conhecimento próprio da disciplina, constituindo-se como o alicerce para os cuidados prestados (Meyer & Lavin, 2005).

A vigilância melhora o cuidar por meio de uma avaliação apropriada e individualizada (Giuliano, 2017). De salientar que a vigilância e a monitorização são processos distintos, sendo que monitorizar envolve observação, medição e registo dos parâmetros vitais. A vigilância diz respeito a um processo sistemático e direcionado a objetivos, baseado na deteção precoce de sinais de mudança, interpretação das implicações clínicas consequentes e início de intervenções rápidas e apropriadas (Giuliano, 2017). Assim sendo, o conceito de monitorização tem como objetivo a colheita de dados, visando a prevenção de danos e a melhoria de resultados. A vigilância combina a monitorização da pessoa com observação ativa, interpretação e análise de informações recolhidas; alicerçando a capacidade do enfermeiro em realizar o juízo clínico na tomada de decisão (Giuliano, 2017; Tanner, 2006). O juízo clínico é complexo e requer aptidão por parte do enfermeiro em reconhecer as necessidades da pessoa numa situação clínica concreta, interpretar os seus significados e adequar intervenções (Tanner, 2006).

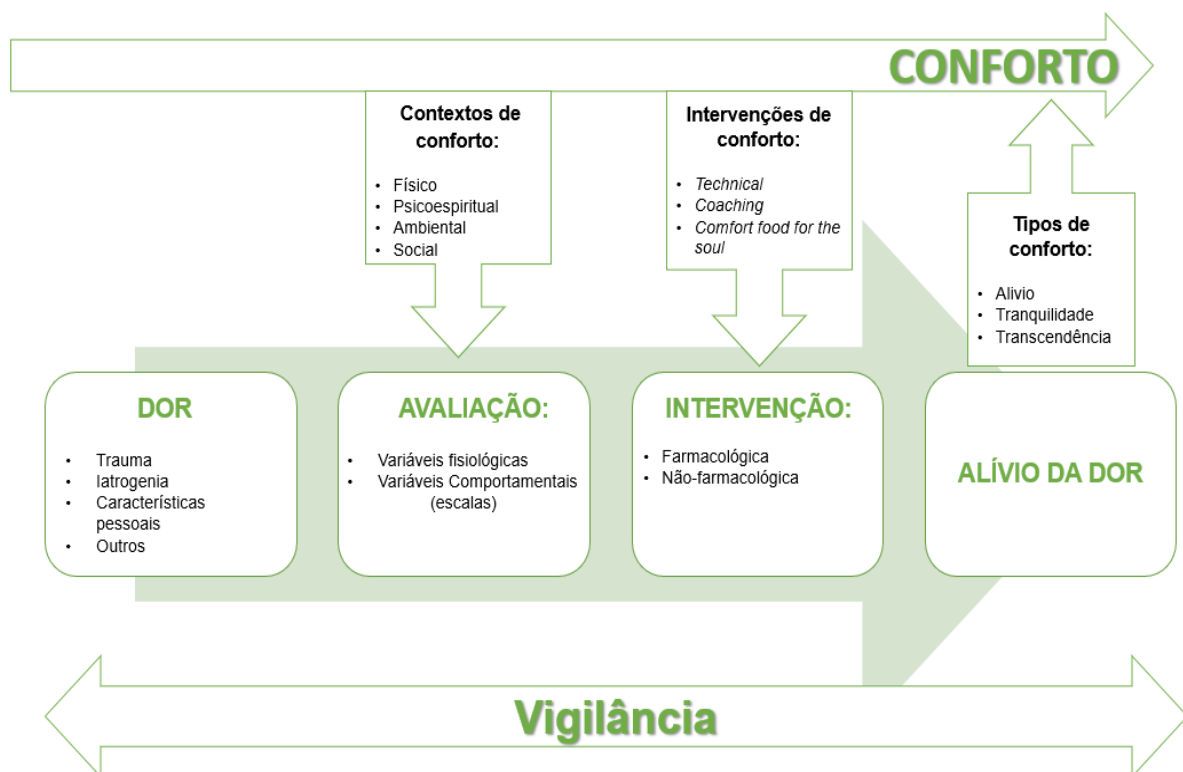
A vigilância profissional de enfermagem, segundo Meyer e Lavin (2005), assenta em cinco componentes: atribuir significado, antecipação, estar pronto para agir, calcular riscos e monitorizar os resultados. Realçando a componente atribuir significado, uma vez que esta alicerça-se no conhecimento, experiências e formação do enfermeiro, onde este último, após observação, infere qual a intervenção a implementar. Desta forma, atribuir significado assemelha-se assim ao fenómeno descrito por Benner (2001) de reconhecimento de padrões, apontando para a importância de o enfermeiro perito estar junto da pessoa nos contextos de cuidados pela sua alta capacidade de atribuir significado aos dados recolhidos (Meyer & Lavin, 2005). Portanto, habilidades cognitivas, analíticas e de tomada de decisão são elementos essenciais da vigilância clínica, sendo a vigilância um processo complexo e multidimensional com potencial para otimizar a gestão do processo clínico, reduzir atrasos no tratamento e melhorar a segurança (Giuliano, 2017). Assume-se assim que a vigilância é uma competência de enfermagem fulcral para a gestão da dor eficaz, quer pela necessidade constante de monitorização de parâmetros fisiológicos e comportamentais, quer pela constante capacidade de integrar esses mesmos resultados nas diferentes dimensões sob a qual a dor responde. Gerir a dor na pessoa

vítima de trauma torácico é um processo complexo que requer ao enfermeiro a capacidade de pensamento crítico individualizado à situação. Deste modo, previne complicações que poderão decorrer de uma gestão da dor ineficaz, caminhando para cuidados de enfermagem holísticos que assegurem o conforto da pessoa como objetivo central na prática quotidiana.

Tendo por base as duas teorias explicitadas, considero que cuidar da pessoa vítima de trauma torácico com dor, requer um olhar incidente nas diferentes dimensões da pessoa, em detrimento de um olhar que incida apenas nas lesões físicas e respostas hemodinâmicas que a pessoa possa apresentar, perspetivado no modelo biomédico. Atendendo ao impacto e às consequências que a dor tem em todas as dimensões da pessoa e, consequentemente, na sua estabilidade hemodinâmica, o enfermeiro reconhecer a gestão da dor e o conforto como indicadores de resultados dos cuidados de enfermagem (Figura 1).

**Figura 1**

*O Conforto na pessoa vítima de trauma torácico*



Na continuidade deste documento, passarei a apresentar o meu percurso de estágio.

## **2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo será explicitado e analisado o meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da PSC.

Numa fase inicial, recorri à elaboração de uma pesquisa e análise da evidência, bem como a entrevistas realizadas a peritos nas diferentes áreas do cuidar da PSC com dor. Assim sendo, o projeto permitiu a programação de estratégias e intervenções que potenciasssem o desenvolvimento de competências especializadas, assentes na problemática em estudo, tendo como objetivo geral:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico.

Para dar resposta a este objetivo geral foram planeados dois estágios, um em Serviço de Urgência Polivalente (SUP) outro em UCI, que se realizaram em dois centros hospitalares do concelho de Lisboa.

De forma a concretizar o desenvolvimento de competências inerente a este percurso, desenvolvi atividades que foram transversais a ambos os contextos de estágio, a saber: pesquisa bibliográfica, consulta de normas e protocolos, *debriefings* com os enfermeiros orientadores sobre situações de cuidados experienciadas e reflexão sobre a ação e na ação.

Segundo Benner (2001) a perícia desenvolve-se quando são refinadas as hipóteses e as expectativas acerca dos princípios teóricos em situações da prática quotidiana. Neste pressuposto, o presente capítulo pretende explicitar o saber empírico desenvolvido e aprimorado ao longo das vivências em estágio, que passarei a explicitar nos subcapítulos seguintes.

### **2.1. Estágio I- Serviço de Urgência Polivalente**

A escolha deste serviço sustentou-se no facto de ser um SUP que integra um centro de trauma de referência. O sistema de urgência tem como missão o atendimento e o tratamento de situações urgentes através de mecanismos de atendimento rápido e não programado. O SUP consiste no nível mais diferenciado de

resposta à pessoa e contempla as seguintes valências: neurocirurgia, imagiologia com angiografia digital e ressonância magnética, patologia clínica com toxicologia, cardiologia de intervenção, pneumologia, gastroenterologia, cirurgia cardiorácica, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia maxilo-facial, cirurgia vascular e medicina intensiva (Despacho n.º 10319/2014, 2014). Ao SU com centro de trauma compete o tratamento sistematizado e definitivo da pessoa politraumatizada grave (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Este estágio decorreu entre os dias 18 de outubro e 17 de dezembro, perfazendo um total de nove semanas. O SUP em causa é constituído por seis unidades hospitalares no centro de Lisboa, tratando-se ainda de um centro de referência em *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Integra duas áreas distintas: ambulatório e internamento. A área de ambulatório contempla diferentes setores de atendimento, sendo eles: triagem, três balcões de atendimento geral, Atendimento de Doentes Respiratórios (ADR), otorrinolaringologia, oftalmologia, ortopedia, pequena cirurgia e os meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Incorporadas ainda na área de ambulatório existem quatro salas de emergência, duas vocacionadas para problemas do foro médico e duas para situações de trauma.

A área de internamento, ou Serviço de Observação (SO), é composta por cinco salas com capacidade para internar quatro a cinco pessoas e uma sala de isolamento, que face à situação pandémica atual, é utilizada para o atendimento da pessoa sob Ventilação Não Invasiva (VNI).

A equipa de enfermagem é constituída por 124 enfermeiros distribuídos por seis equipas; cinco em horário rotativo e uma equipa de horário fixo. Para além da equipa de enfermagem, fazem parte da equipa multidisciplinar assistentes operacionais, médicos, copeiros, administrativos e técnicos auxiliares de diagnóstico.

Com vista a aquisição de competências especializadas de enfermagem, delineei objetivos específicos e atividades correspondentes (Quadro 1).

## Quadro 1

### Objetivos e atividades realizadas no estágio I - SUP

| Objetivos Específicos                                                                                       | Atividades Realizadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar               | -Conhecimento da estrutura física do serviço, do circuito da PSC e do sistema informático;<br>-Identificação da dinâmica funcional do serviço;<br>-Integração na equipa multidisciplinar.                                                                                                                                                                                                                 |
| 2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à pessoa em situação crítica      | -Avaliação e monitorização da dor na PSC;<br>-Execução de intervenções de enfermagem para alívio da dor na PSC;<br>-Reconhecimento do impacto da gestão da dor eficaz na PSC;<br>-Realização de um jornal de aprendizagem.                                                                                                                                                                                |
| 3. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma | -Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados à pessoa vítima de trauma e família;<br>-Reconhecimento de prioridades nos cuidados à pessoa vítima de trauma (avaliação primária e secundária);<br>-Reconhecimento do impacto da gestão da dor eficaz na pessoa vítima de trauma torácico.                                                                                             |
| 4. Contribuir para a formação contínua em enfermagem na área da dor na pessoa vítima de trauma torácico     | -Realização de ações de formação acerca da gestão da dor na PSC vítima de trauma torácico;<br>-Apresentação da comunicação oral "O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade" no 1º Congresso Internacional;<br>-Apresentação da comunicação oral "E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?" no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. |

## **Objetivo 1- Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar**

Para otimizar a minha aprendizagem e para colaborar de modo eficiente nos cuidados de enfermagem prestados foi essencial conhecer e compreender a organização do serviço e da equipa multidisciplinar que o constitui. Esta atividade foi facilitada pelo enfermeiro orientador e pela enfermeira chefe de equipa, que desde logo me proporcionaram momentos de interação com os restantes elementos.

A realização de uma visita guiada aos diferentes sectores que constituem o serviço no primeiro dia de estágio, bem como a prestação de cuidados à pessoa/família ao longo das vinte e quatro horas (noites/manhãs/tardes), possibilitaram uma melhor compreensão da dinâmica do serviço e do trabalho desenvolvido por todos os profissionais. Para além disso, a minha experiência prévia no cuidado à PSC em SUP, bem como a mobilização de recursos como os conhecimentos adquiridos nos Cursos *Advanced Trauma Care Nurses*, Suporte Avançado de Vida e Triagem de Manchester, facilitaram a minha integração na equipa multidisciplinar, tal como o seu reconhecimento. Só após integração na dinâmica do serviço e na equipa multidisciplinar que o constitui, o profissional é capaz de demonstrar confiança e segurança para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com a pessoa e família, imprescindível, por sua vez, à competência especializada de cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Cuidar da PSC pressupõe a capacidade de executar cuidados técnicos de alta complexidade (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Esta capacidade, para além dos conhecimentos teóricos e da destreza exigida, é facilitada quando os profissionais se encontram integrados na dinâmica e no ambiente onde prestam cuidados. Posto isto, considero que a fase de integração ao SUP permitiu-me desenvolver uma metodologia de trabalho individualizada às diferentes situações de saúde/doença, adaptada aos diferentes setores que o constituem.

O primeiro dia de estágio decorreu no setor da triagem, no qual compreendi o circuito da pessoa nas diferentes situações, ficando a conhecer o sistema informático *Healthcare Information Solutionr®* (HCIS). A triagem contribui para um atendimento organizado e estruturado por meio de um protocolo sistematizado (Costa et al., 2020).

À semelhança do local onde exerço funções, a triagem é realizada por um enfermeiro certificado na Triagem de Manchester, que se traduz por um protocolo baseado na identificação da queixa da pessoa com vista à seleção do fluxograma adequado, sendo este composto por fatores discriminantes distribuídos em níveis de prioridades (Costa et al., 2020).

No decorrer deste primeiro momento, despertou-me a atenção o facto de o espaço físico, bem como o sistema de senhas implementado, permitir uma maior privacidade e confidencialidade à pessoa, uma vez que os gabinetes de triagem são espaços que permitem manter a porta fechada. Esta metodologia de atendimento e espaço físico para além de possibilitarem ao enfermeiro realizar a triagem atendendo ao artigo 86º do código deontológico da OE (2015) - do Respeito pela Intimidade - facilita o estabelecimento de uma relação de confiança logo no primeiro contato entre a pessoa e o profissional. Assim, considero que os momentos da triagem representam um dos momentos em que os cuidados de enfermagem foram assentes na promoção pela proteção dos direitos humanos, através do respeito pelo direito da pessoa à privacidade, tal como pelo respeito à confidencialidade e à segurança da informação (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os demais momentos de estágio desenrolaram-se na sua grande maioria na zona de emergência, procurando-se um maior contacto com a PSC. Contudo, tive a oportunidade de passar por outras zonas de atendimento, como balcões de atendimento e ADR, percecionando os circuitos e especificidades existentes.

No que concerne à identificação dos diferentes circuitos da PSC, considero que o fato de trabalhar num SUP com as mesmas características foi um fator facilitador à minha aprendizagem, aproximando-se assim do nível de perícia descrita por Benner (2001). Porém, existiam algumas particularidades na admissão da PSC, como é o exemplo da ativação da Via Verde (VV) Acidente Vascular Cerebral. Analisando as diferenças encontradas, compreendi que diferentes instituições conseguem encontrar diferentes respostas eficazes, com igual respeito pelas diretrizes nacionais (DGS, 2017a). Posso afirmar que não existe apenas uma fórmula de resolução dos problemas identificados, devendo ser sempre equacionadas as políticas e as metodologias de trabalho próprias de cada instituição. Esta reflexão concorre para o desenvolvimento de competências de enfermagem avançada relativas à consulta e colaboração descritas pela *Canadian Nurse Association* [CNA] (CNA, 2019).

Na adaptação ao sistema informático HCIS, o enfermeiro orientador revelou-se um elemento fundamental com permanente disponibilidade para esclarecer dúvidas. Este sistema informático detém particularidades que considere bastante facilitadoras aos registos de enfermagem, bem como à continuidade de cuidados. O sistema, para além da escrita de notas de evolução ou registo de parâmetros vitais, permite fazer uma avaliação inicial e secundária da pessoa. Esta avaliação é constituída por uma lista de campos pré-estabelecidos, possibilitando registar diversas informações que poderiam ficar esquecidas, nas quais se incluem: grau de dependência prévia ao episódio de urgência atual, pessoa de referência e respetivo contacto ou a hora da última refeição. Apesar de a sua utilização ser pouco intuitiva, o sistema informático HCIS demonstrou ser uma ferramenta importante nos momentos da admissão e da alta da pessoa. Contudo, apesar de admitir todas as facilidades que este assegura, quando nos limitamos à recolha dos dados que dão resposta aos campos pré-definidos, facilmente contribuímos para a prestação de cuidados centrados no modelo biomédico em detrimento do Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2017). Este último defende os valores de respeito e compreensão que obriga o enfermeiro a integrar nos seus registos aquilo que a pessoa valoriza, para além dos campos de monitorização e recolha de dados integrantes dos sistemas informáticos. Recorri ao uso do sistema informático apenas como um meio de registo complementar a esta filosofia de cuidar, procurando transpor para os registos efetuados os valores e as crenças da pessoa a quem prestei cuidados, sendo ainda uma estratégia para assegurar o respeito por esses mesmos valores (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência aos antimicrobianos são problemas de importância crescente à escala mundial (DGS, 2017b). Este contexto de estágio deu-me a conhecer diferentes estratégias utilizadas na prevenção e controlo da infeção na PSC, implementando-as na minha prática. Como resposta a um estudo efetuado a nível institucional onde se constatou altos níveis de contaminação nas colheitas de espécimes e altas taxas de infeção associadas à algaliação, os enfermeiros do serviço criaram *kits* específicos de procedimentos, como por exemplo o *kit* hemoculturas e o *kit* algaliação. Estes *kits* são constituídos por material que garante a assepsia dos procedimentos, contribuindo para uma melhor segurança dos cuidados prestados. Esta medida permitiu reduzir a taxa de infeções e de contaminação de colheitas, contribuindo para uma melhor qualidade dos cuidados. Neste sentido, reconheço que este contexto clínico incentivou

a minha reflexão sobre a minha ação na manutenção da segurança da PSC, desenvolvendo competências na prevenção e controlo da infeção e na 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 (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Durante um turno, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira chefe de equipa. Para o exercício de uma enfermagem avançada, o enfermeiro deve deter e desenvolver competências de liderança (CNA, 2019), na qual se inclui o domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Tendo isso em mente, este turno foi crucial para a minha perceção acerca das responsabilidades inerentes à gestão dos cuidados prestados pela equipa, bem como da sua articulação com os restantes membros e com a instituição. A chefe de equipa é responsável pela coordenação de diferentes fatores como a distribuição dos enfermeiros, gestão das vagas do internamento, mobilização dos recursos humanos, assegurar material necessário, entre outros. Ainda durante este turno, acompanhei as auditorias ao contacto telefónico realizado no contexto do Projeto “I Urgência”, que tem como finalidade assegurar a transmissão de informação à pessoa significativa da pessoa internada no SU. Este projeto tem como objetivo promover a humanização, proporcionar informação, melhorar o processo de cuidar e aumentar a satisfação da família. A criação deste projeto deveu-se à problemática identificada no início da pandemia, em 2020, relacionada com a ausência da família nas instituições de saúde. A combinação prévia junto da pessoa acerca das informações a fornecer à família, assegura o respeito pelo direito da pessoa à privacidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Contactar com este projeto foi outro pilar no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, demonstrando que, apesar das dificuldades sentidas nas instituições, o enfermeiro consegue desenvolver uma intervenção com significado para a pessoa, resolvendo, paralelamente, problemas identificados pela equipa. A colaboração na realização desta auditoria com vista a avaliação da qualidade das práticas clínicas, enriqueceu o meu conhecimento na área da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, enquanto competência do enfermeiro especialista (CNA, 2019; Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

## **Objetivo 2 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à pessoa em situação crítica em contexto de urgência**

O fenómeno da dor é um dos maiores motivos que levam a pessoa a dirigir-se ao SU (DGS, 2008; Ibrahimoglu et al., 2020; Kalogianni et al., 2018), encontrando-se por isso incorporado em diversos fluxogramas de triagem existentes. Numa primeira fase procurei conhecer o protocolo de gestão da dor sob o qual se rege a conduta do enfermeiro neste SUP. O enfermeiro é o profissional de saúde mais sensibilizado para a importância da utilização de escalas de avaliação da dor, sendo que a escala mais utilizada em contexto de urgência é a escala numérica por ser a recomendada quando a pessoa é capaz de relatar a intensidade da dor e por ser a disponível nos sistemas informáticos (António & Conceição, 2022b). No que concerne à PSC incapaz de auto relatar a sua dor, esta avaliação é realizada de forma subjetiva pelo enfermeiro, uma vez que o sistema informático ainda carece de uma escala validada e adaptada a esta população, como o exemplo da BPS ou CPOT. Por isso, realizei a avaliação da dor com recurso ao instrumento disponível, socorrendo-me das variáveis fisiológicas e comportamentais como complemento a essa avaliação. Nesta linha de pensamento, decidi realizar um jornal de aprendizagem alicerçado nesta dificuldade sentida de modo a compreender qual deveria ser a minha intervenção. O exercício reflexivo possibilita a identificação de pontos-chave de cada situação vivenciada e atribui-lhes significado (Mendes, 2016). No jornal de aprendizagem procurei explorar dificuldades pessoais e institucionais com vista à consolidação de competências reflexivas e competências no cuidar à PSC e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018). Aliei as consequências de uma gestão ineficaz da dor à qualidade dos cuidados prestados. Na base de uma gestão da dor eficaz encontra-se a avaliação, pelo que uma avaliação incorreta pode levar ao aumento de dias sob VMI, que por sua vez culmina no aumento do tempo de internamento da pessoa (Dogrul et al., 2020; Phillips et al., 2018).

O fenómeno da dor é uma preocupação para a equipa multidisciplinar deste serviço, refletindo-se essa preocupação com a criação de um grupo de trabalho em 2019, composto por cinco enfermeiros, que visa a revisão de protocolos existentes, bem como a criação de estratégias para uma melhor gestão da dor em todos os setores do SUP. Contudo, compreendi junto dos elementos que constituem o grupo

que, por motivos pandémicos, ainda não foi possível desenvolver nenhum documento passível de ser consultado.

A evidência científica realça a importância de uma atitude preventiva da dor que anteceda procedimentos invasivos, de forma a minimizar possíveis complicações (Delgado, 2020). Para além disso, o cuidado tecnológico ao qual a PSC é submetida é altamente intrusivo e causador de dor, o que conduz o enfermeiro às competências inerentes ao conforto (Benner et al., 2011). Procurei intervir no alívio da dor, sempre que possível, em momentos que antecederiam procedimentos dolorosos, como na colocação de dreno torácico, Cateter Venoso Central (CVC), linha arterial ou realização de endoscopia digestiva alta. A intervenção adotada nestas situações foi maioritariamente farmacológica, porém a intervenção não-farmacológica também foi adotada. A explicitação dos procedimentos (alívio da ansiedade) e posicionamentos foram as estratégias não-farmacológicas utilizadas como medidas de alívio preventivo. Apesar das medidas aplicadas, constatei que a pessoa, na maioria dos casos, referia dor ligeira ou desconforto após os procedimentos, sendo necessário o reforço de medidas farmacológicas e não-farmacológicas como a crioterapia, posicionamento ou massagem de conforto. O fato de os procedimentos explicitados estarem intimamente ligados a problemas médicos de carácter agudo, foi sempre imprescindível proporcionar conforto no contexto psicossocial, com recurso à tranquilidade enquanto um tipo de conforto (Kolcaba, 2015). Note-se que estas situações implicam elevados níveis de stress, medo e ansiedade, que por si só são causadores de desconforto.

Em suma, foi sempre minha pretensão realizar uma gestão da dor eficaz à PSC, procurando proporcionar alívio com recurso às intervenções autónomas e interdependentes. Na sua grande maioria, o alívio da dor socorreu-se de medidas farmacológicas, não só pela sua priorização no SUP, mas também pela dificuldade em implementar medidas não-farmacológicas em consequência da dificuldade sentida em instituir o ambiente necessário à implementação dessas intervenções. Considero o espaço físico deste serviço uma barreira à implementação destas intervenções, pelas altas taxas de ruído e luminosidade. Para além disso, a imprevisibilidade das situações que recorrem ao serviço é outro constrangimento, uma vez que não é possível garantir a manutenção de um ambiente adequado à pessoa que carece de uma gestão ambiental para alcançar o conforto enquanto resultado. Deste modo, as

medidas não-farmacológicas implementadas neste contexto foram maioritariamente os posicionamentos e a massagem de relaxamento.

A minha intervenção neste âmbito foi sendo otimizada no decorrer do estágio, consequência da conquista de maior autonomia à medida que a minha integração na equipa foi sendo consolidada, possibilitando dessa forma o desenvolvimento de um juízo clínico inerente a uma tomada de decisão fundamentada. Considero ter desenvolvido competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar à PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas, demonstrando conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual, bem como conhecimentos e habilidades em medidas farmacológicas e não-farmacológicas (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

### **Objetivo 3- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma**

Com o intuito de consolidar competências relativas ao cuidado à pessoa vítima de trauma, na fase inicial do estágio procurei conhecer como é integrada a VV Trauma (DGS, 2010) neste SUP.

Todas as pessoas que sofrem eventos traumáticos são abordadas inicialmente pelo enfermeiro responsável e médico especializado em cirurgia geral na sala de emergência 1 ou 2, desenhadas para este efeito. É nestas salas que se realiza a avaliação primária e secundária. O facto de todas as situações traumáticas serem avaliadas de forma sistemática nestas salas de emergência, possibilitou a consolidação de conhecimentos e habilidades relativas ao cuidar à PSC vítima de trauma, bem como mobilizar conhecimentos adquiridos no curso de mestrado. Nas situações vivenciadas, apliquei de forma criteriosa uma avaliação baseada em prioridades (DGS, 2010), com recurso à mnemónica ABCDE, visando a deteção de complicações decorrentes da cinemática do evento traumático. Esta abordagem possibilitou-me a consolidação de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Sendo este SUP um centro de trauma, é frequente a receção da PSC vítima de trauma proveniente de outras instituições, o que me permitiu consolidar competências de continuidade de cuidados. A transmissão de informação é um momento importante

da continuidade de cuidados com redução de erros no momento da transferência de informações. A evidência sugere o uso de metodologias padronizadas e estruturadas que visem um melhor *handover* (Burgess et al., 2020). A metodologia utilizada neste serviço é a *Identify, Situation, Background, Assessement e Recommendation* [ISBAR] (DGS, 2017c), endossada pela Organização Mundial da Saúde e passível de ser usada em diferentes contextos e em diversos momentos, como passagens de turno ou transferências inter/intra-hospitalares (Burgess et al., 2020). O SU, e no que respeita à PSC, é um serviço onde são identificados problemas que carecem de resposta imediata, visando frequentemente a transferência para a UCI ou bloco operatório. Cuidar da PSC no SUP pressupõe cuidados rápidos e eficientes, o que obriga a uma transmissão de informação clara e concisa. O domínio da mnemónica ISBAR demonstrou ser uma ferramenta vital para estes momentos, uma vez que me permitiu integrar rapidamente quais os conteúdos a serem transmitidos ou recebidos para garantir a segurança na continuidade de cuidados.

Embora o meu projeto de estágio fosse direcionado à gestão da dor na PSC vítima de trauma torácico, apenas tive oportunidade de prestar cuidados a duas pessoas nesta condição. A primeira diz respeito a uma pessoa proveniente de outra unidade hospitalar, referenciada à unidade vertebro medular, com fraturas de costelas a nível bilateral e fraturas de vertebrae torácicas resultantes de uma queda de altura. Estas lesões estavam na origem da dor intensa que a pessoa apresentava à mobilização, condicionando-a. Pelo fato de a pessoa pernoitar na sala de emergência 1, devido à ausência de vagas na unidade e SO, foi-me possível intervir perante a dor de forma continuada ao longo do turno. A avaliação da dor foi realizada tendo por base o autorrelato da pessoa e com recurso à escala numérica, tal como preconizado pela evidência científica (AACN, 2018; Cunha et al., 2020; DGS, 2003; Martorella, 2019; Pinho et al., n.d.; Wiegand et al., 2017). No início do turno, a pessoa referiu dor ligeira bilateralmente a nível do tórax, que agravava à mobilização, estando já sob terapêutica analgésica, administrada via endovenosa a horas regulares, com alívio após a sua administração. Com vista ao conforto da pessoa, realizei uma abordagem multimodal da dor com massagem, manipulação ambiental (luz e sonoridade) e posicionamento. A pessoa referiu alívio da dor, tendo conseguido dormir cerca de três horas seguidas.

A intervenção explicitada foi norteada pela Teoria do Conforto e, numa fase inicial, foram realizadas intervenções *technical* de conforto. Tendo em mente a

multidimensionalidade da dor e do conforto aliado ao fato de a pessoa provir de uma instituição a mais de 100km de distância, procurei identificar outros fatores que pudessem estar a contribuir para o desconforto da pessoa. Dessa forma, houve oportunidade de desmitificar algumas dúvidas inerentes à situação, reduzindo a ansiedade, e foi possível colocar a maca onde a pessoa estava deitada perto da parede, facilitando o acesso ao seu telemóvel para comunicar com a família, proporcionando alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 2015). Esta foi uma das situações que me permitiu consolidar o fenómeno da dor enquanto experiência subjetiva e multidimensional (Angeletti et al., 2021; IASP, 2021; Reardon et al., 2015), realizando a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A segunda situação clínica referida é respeitante a um jovem que recorreu ao SUP após uma alegada agressão com uma arma cortante, da qual resultou uma lesão penetrante na região torácica direita com cerca de 4 cm. Na avaliação primária foi detetada a ferida mencionada. Apesar de mais nenhum “achado” ser encontrado na abordagem primária, estava inerente no cuidar as possíveis complicações decorrentes deste tipo de lesão, demonstrando dessa forma conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e em trauma (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Atendendo à alta taxa de morbimortalidade associada ao trauma torácico (Beshay et al., 2020; Dogrul et al., 2020; Muldowney & Bhalla, 2021; Kourouche, 2018), realizei uma vigilância rigorosa à pessoa (Meyer & Lavin, 2005), com especial foco na monitorização de sinais e sintomas.

Apesar de esta lesão não resultar em nenhum dano major, compreendi que a ansiedade estava a agravar a perceção da dor da pessoa. Após realização da autoavaliação da dor, foi administrado terapêutica analgésica endovenosa como medida de alívio da dor. Para além disso, houve especial foco no alívio da ansiedade como medida não-farmacológica. Esta última foi conseguida através da explicitação de todas as intervenções e procedimentos, bem como dos possíveis sinais de “alerta”. Após realização de tomografia axial computadorizada, onde se concluiu que não existiam outras lesões para além da ferida a nível do tórax, foi possível reduzir os níveis de ansiedade da pessoa que, consequentemente, referiu alívio da dor. Desta forma, foi possível consolidar a ideia de que o desconforto vai além da sensação física e que diversos aspetos influenciam o conforto da pessoa (Kolcaba et al., 2006). Com

este exemplo, revelo conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os dois casos clínicos explicitados, assim como outras situações decorrentes de evento traumático, aliadas aos *debriefings* realizados com os pares e à minha autorreflexão, foram ferramentas que contribuíram para o desenvolvimento de competências inerentes à administração de protocolos terapêuticos complexos (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

#### **Objetivo 4- Contribuir para a formação contínua em enfermagem na área da dor na pessoa vítima de trauma torácico**

Consciente da importância do desenvolvimento de competências no âmbito das competências educativas (CNA, 2019), nas quais se inclui a capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019), neste estágio planeei e realizei atividades que visassem a sua consecução.

No decorrer deste estágio tive oportunidade de apresentar os resultados obtidos da RIL junto da comunidade científica, através de duas comunicações orais. A primeira teve lugar no 1º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade” (Apêndice II) e a segunda no V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: “*E se não Houvesse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?*” (Apêndice III). Ambas as experiências se revelaram importantes para o desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, através da interpretação, organização e divulgação dos resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Com esta atividade desenvolvi competências comunicacionais, essenciais à disseminação de conhecimento científico atual (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

A permanente reflexão e análise dos cuidados de enfermagem inerentes a uma gestão eficaz da dor na PSC vítima de trauma torácico, permitiu-me detetar necessidades de atualização de conhecimento por parte da equipa de enfermagem. Salientam-se, a não utilização de escalas validadas na avaliação da PSC, como a BPS, e o défice de conhecimento sobre os cuidados de enfermagem inerentes aos bloqueios anestésicos utilizados como via de alívio da dor na pessoa vítima de trauma

torácico. Face a esta lacuna, realizei cinco sessões informativas à equipa, elaborando previamente o plano de sessão de formação, apresentação em formato PowerPoint e um questionário de satisfação (Apêndice IV). No total, a formação contemplou 38 enfermeiros e dois estudantes de mestrado de instituições distintas. Cada sessão aconteceu após o turno da manhã ou após o turno da tarde, tendo a duração de 15 minutos. No final de cada sessão responderam ao questionário de satisfação 30 participantes. Esta atividade permitiu-me ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (CNA, 2019; Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

## **2.2. Estágio II- Unidade de Cuidados Intensivos**

Os cuidados intensivos dizem respeito a uma especialidade multidisciplinar e interprofissional que tem como objetivo o tratamento de pessoas com, ou em risco de desenvolver, disfunção orgânica aguda (Marshall et al., 2017). Este nível de cuidados socorre-se de diversas tecnologias que fornecem suporte a sistemas orgânicos em falência, com vista a prevenção da deterioração fisiológica adicional enquanto a doença subjacente é tratada e resolvida, a partir da concentração e partilha eficiente dessas tecnologias num só lugar (Marshall et al., 2017).

O segundo contexto de estágio decorreu entre os dias 4 de janeiro e 25 de fevereiro, perfazendo um total de oito semanas. Diz respeito a uma UCI nível III, tendo por isso capacidade de oferecer cuidados de última geração à PSC (Marshall et al., 2017). Insere-se num centro hospitalar composto por duas unidades hospitalares em Lisboa sendo também um centro de ECMO de referência.

Face à necessidade de reestruturação de algumas UCI devido à atual pandemia que o país enfrenta, esta UCI onde desenvolvi o estágio dedica-se exclusivamente à prestação de cuidados à PSC com pneumonia grave, decorrente da infeção provocada pelo vírus Sars-Cov-2. É composta por oito camas, estando duas das mesmas destinadas à PSC com critérios de cura após doença grave.

A equipa de enfermagem é constituída por cerca de 40 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, em horário rotativo e uma equipa de horário fixo. Para além da equipa de enfermagem, fazem parte da equipa multidisciplinar os assistentes

operacionais, médicos e administrativos. Existem ainda dois fisioterapeutas e uma dietista que colaboram em permanência com a UCI.

Com vista a aquisição de competências especializadas de enfermagem delineei objetivos específicos e as atividades respetivas (Quadro 2). De salientar que devido à especificidade deste contexto de estágio, os objetivos delineados foram reorganizados, incluindo a PSC na sua globalidade em detrimento da PSC vítima de trauma torácico.

## Quadro 2

### *Objetivos e atividades realizadas no estágio II – UCI*

| <b>Objetivos Específicos</b>                                                                                                               | <b>Atividades realizadas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar.                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento da estrutura física do serviço, do circuito da PSC com pneumonia a Sars-Cov-2 e do sistema informático;</li> <li>-Identificação da dinâmica funcional do serviço;</li> <li>-Integração na equipa multidisciplinar.</li> </ul>                                                                                                                                        |
| 2. Desenvolver competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família com processos de saúde/doença complexos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Colaboração nos cuidados de enfermagem diferenciados à PSC e família;</li> <li>-Reconhecimento de prioridades nos cuidados à PSC;</li> <li>-Prestação de cuidados à pessoa na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;</li> <li>-Gestão de protocolos terapêuticos complexos;</li> <li>-Implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção;</li> </ul> |
| 3. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor à pessoa em situação crítica.                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Avaliação e monitorização da dor na PSC;</li> <li>-Gestão de protocolos complexos de alívio da dor;</li> <li>-Implementação de intervenções autónomas e interdependentes para alívio da dor;</li> <li>-Realização de um estudo de caso.</li> </ul>                                                                                                                                |

## **Objetivo 1- Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar**

À semelhança do contexto de estágio anterior, numa primeira fase foi fundamental conhecer e compreender a organização e dinâmica da UCI, tal como da equipa multidisciplinar que a constitui. Mais uma vez, revelou-se essencial a enfermeira orientadora que facilitou o processo de integração junto da restante equipa. A realização de uma visita guiada ao serviço, a explicitação dos circuitos específicos realizados com a pessoa internada infetada com Sars-Cov-2, o domínio da metodologia ISBAR (metodologia adotada nesta UCI para transmissão de informação em passagem de turno e transferências inter/intra-hospitalar), a segurança na utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), bem como a prestação de cuidados à pessoa/família ao longo das 24h, foram elementos facilitadores na integração e compreensão da dinâmica do serviço e do trabalho desenvolvido por todos os profissionais. Para além disso, o facto de deter experiência no cuidado à PSC infetada com Sars-Cov-2 em SU, permitiu-me uma rápida integração e reconhecimento da equipa, possibilitando uma reflexão alargada cuidados à PSC desde o momento da admissão até à alta. Por conseguinte, este estágio encetou uma oportunidade imprescindível para a consolidação de conhecimentos e competências no cuidado à PSC e família a vivenciar processos complexos (Decreto-Lei n.º 65/2018; 2018; ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A UCI é díspar dos restantes contextos de prestação de cuidados pela sua capacidade de efetuar uma monitorização contínua do estado fisiológico da pessoa (Marshall et al., 2017). Para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem neste contexto de cuidados de saúde é imprescindível a capacidade de efetuar uma vigilância permanente e individualizada da pessoa, interpretando sinais preditivos de complicações.

Numa primeira fase realizei pesquisa bibliográfica consolidando conhecimentos teóricos relativos às diferentes áreas de intervenção como ventilação, monitorização hemodinâmica e terapêutica. Esta pesquisa permitiu consolidar competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente autónomo (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018) e integrar conhecimentos que suportem uma prática baseada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Num ambiente altamente tecnológico é requerido ao enfermeiro uma abordagem sistemática e atenta de cada variável para garantir um ambiente seguro, o que inclui o desenvolvimento de práticas promotoras de segurança concretas, como testar o desfibrilhador ou identificar linhas intravenosas (Benner et al., 2011). A enfermeira orientadora, a restante equipa, bem como a Teoria da Vigilância (Meyer & Lavin, 2005) enquanto norteadora de pensamento e cuidados, possibilitaram o desenvolvimento de conhecimento sobre os recursos tecnológicos utilizados neste contexto de estágio. Existem riscos reais e potenciais inerentes aos ambientes tecnológicos, exigindo por isso o seu uso hábil e inteligente, visando a proteção da PSC (Benner et al., 2011). A competência tecnológica como cuidar em enfermagem não é mais do que uma demonstração habilidosa de atividades intencionais e deliberadas em ambientes que requerem conhecimentos tecnológicos, assumindo-as como uma ferramenta crucial para prestar cuidados seguros (Locsin, 2013). Segundo o autor “it is through technological competency as caring in nursing that nurses will be able to leap through the advancing world of technology with new discoveries, appreciating humanity more within a visioning of a nursing in a contemporary human world” (Locsin, 2013, p.5). Este desenvolvimento de *know-how* sustentou o meu juízo clínico (Benner et al., 2011; Tanner, 2006). O domínio dos recursos tecnológicos permitiu-me gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No primeiro dia de estágio foi-me dado a conhecer o sistema informático *Critical Care Manager-Picis®*, programa desenhado especificamente para ser utilizado em UCI. Este demonstrou ser uma ferramenta indispensável não só na elaboração de registos individualizados, mas também como elemento facilitador à vigilância necessária neste nível de cuidados pela sua estrutura e organização. Outra particularidade deste sistema é o facto de receber e registar dados diretos do ventilador e da monitorização invasiva continuamente ao longo do tempo. Isto permite ao enfermeiro apenas confirmar esses mesmos dados, não existindo a necessidade de os transcrever constantemente ao longo do turno. Para além disso, efetua todos os cálculos relativos ao balanço hídrico, respeitando as diluições farmacológicas e o ritmo de perfusões. Estas características permitiram a realização de uma vigilância eficiente (Giuliano, 2017), possibilitando antecipar e responder a focos de instabilidade hemodinâmica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) através da interpretação e análise

dos dados recolhidos. O recurso a esta ferramenta de registo foi um elemento facilitador para avaliar as intervenções por mim realizadas, resultante do registo em tempo real das alterações hemodinâmicas originadas por essas intervenções, facilitando a reflexão e avaliação acerca da minha tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e permitindo a consolidação de competências na administração de protocolos terapêuticos complexos (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018). A rápida compreensão do funcionamento do sistema informático, tal como o domínio na sua utilização, facilitaram uma rápida integração na dinâmica da UCI.

## **Objetivo 2- Desenvolver competências especializadas em enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família com processos de saúde/doença complexos**

O constante desenvolvimento tecnológico visa gerar novas alternativas para a manutenção da vida, obrigando o enfermeiro a desenvolver competências tecnológicas à medida que é confrontado com novas técnicas e procedimentos. Esta constante atualização face aos desenvolvimentos tecnológicos permite ao enfermeiro manter-se no “estado de arte” (Benner et al., 2011).

Com vista ao desenvolvimento de intervenções técnicas de alta complexidade em resposta às necessidades identificadas, bem como a mobilização de conhecimentos de domínio das novas tecnologias na gestão, intervenção e avaliação dos processos complexos (Regulamento n.º 140/2019, 2019) característica da prestação de cuidados de enfermagem especializada, numa fase inicial fui confrontada com a necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos e práticos relacionados com o funcionamento de diversos equipamentos e técnicas, tais como: ventilador, técnicas dialíticas ou técnica de ECMO.

Consolidar a prestação de cuidados assente no Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2017) sempre foi um objetivo pessoal inerente a todo o percurso de desenvolvimento de competências. Contudo, a procura pelo desenvolvimento de competências essenciais que me permitissem implementar este modelo para cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018), num meio altamente tecnológico, demonstrou ser um verdadeiro

desafio pela complexidade de cuidados inerente à PSC. O meio tecnológico pode despoletar nos profissionais sentimentos de que os cuidados são fragmentados e desumanizados. Contudo, a tecnologia permite aos enfermeiros prestarem cuidados humanizados e individualizados, conhecendo a pessoa através das informações recolhidas pelas diversas tecnologias (Locsin, 2013). Consolidar conhecimentos permitiu-me recorrer às competências tecnológicas como complemento ao Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2017), tornando-as, nas palavras de Ashworth (1990), uma extensão dos meus sentidos enquanto enfermeira.

Posto isto, no decorrer do estágio incorporei a tecnologia na vigilância por mim realizada, utilizando-a na antecipação de possíveis complicações, na deteção de sinais de possível desconforto da pessoa, individualizando o cuidado. A título de exemplo, demonstrou ser valiosa a interpretação das curvas e valores de pressão e volumes ventilatórios, na deteção de focos de desconforto da PSC, derivados da dor, *delirium* ou secreções. Este desconforto culminou numa desadaptação pessoa-ventilador, que por sua vez se traduziu em dificuldade respiratória e em situações de baixo débito cardíaco que prejudicam a técnica de suporte vital ECMO, agravando a disfunção orgânica. A interpretação realizada através dos recursos tecnológicos permitiu a deteção precoce de desconforto, contribuindo dessa forma para a obtenção de um melhor *outcome* da pessoa. Nesta perspetiva, foi-me possível desenvolver habilidades cognitivas, analíticas e de tomada de decisão fundamentais à vigilância (Giuliano, 2017). A vigilância é o alicerce aos cuidados de enfermagem neste contexto de cuidados, pois para além de prever possíveis complicações, permitiu-me conhecer a pessoa através das suas reações ou alterações hemodinâmicas. Pelo exposto, considero ter desenvolvido competências inerentes à prestação de cuidados à PSC na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Tal como referi anteriormente o sistema informático demonstrou ser uma ferramenta facilitadora à vigilância da PSC, o que me permitiu personalizar as minhas intervenções à pessoa a quem prestava cuidados, não estando continuamente preocupada com a realização de intervenções *technical* (Kolcaba, 2015), nas quais se incluem o registo contínuo de sinais vitais ou registo de parâmetros ventilatórios. Isto facilitou a integração intencional de intervenções *Comfort food for the soul* e *coaching* (Kolcaba, 2015), como a inclusão de momentos religiosos.

Das situações que requereram uma vigilância mais firme e constante, incluem-se os momentos de desmame de sedoanalgesia em doentes sob a técnica de suporte vital ECMO, não só pelo despertar eminente da pessoa, mas principalmente pela sua resposta à ausência dos fármacos que atenuam episódios de dor ou de sintomas de *delirium*. Estes episódios facilmente despoletam alterações hemodinâmicas capazes de comprometer o débito cardíaco imprescindível à técnica, culminando num agravamento do estado geral da pessoa. Nesta situação consegui desenvolver competências na garantia de administração de protocolos terapêuticos complexos, recorrendo a uma vigilância exigente e uma tomada de decisão rápida, o que me permitiu a identificação precoce de complicações, implementando intervenções de enfermagem apropriadas, monitorizando e avaliando as respostas aos problemas identificados num processo contínuo e cíclico (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O desenvolvimento das competências necessárias para cuidar da pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica permitiu-me caminhar para uma enfermagem avançada preocupada em promover o conforto necessário para a sua recuperação (Kolcaba, 2006).

Considerando a especificidade do contexto, evidencia-se de forma mais premente a minha responsabilidade em prestar cuidados seguros no que concerne ao controlo de infeção. Tal como referido anteriormente, esta UCI onde se desenvolveu o estágio encontra-se destinada a prestar cuidados à pessoa com pneumonia grave decorrente da infeção a Sars-Cov-2, o que levou à necessidade da reestruturação do espaço físico e à criação de novos circuitos da pessoa internada. O cumprimento desses circuitos é necessário não só para evitar as infeções cruzadas entre as pessoas internadas, mas também entre os profissionais. Deste modo, no decorrer do estágio foi necessário incorporar na prática quotidiana procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na PSC (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018). Neste contexto, considero que desenvolvi conhecimento especializado maximizando a minha intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os meios tecnológicos especializados e complexos utilizados em UCI incrementam a sobrevida da PSC. Em contrapartida, aumentam os fatores de risco predisponentes a infeções pelo número de dispositivos inerentes à pessoa. Ao longo

do estágio constatei a eficácia do uso de *bundles* para a prevenção de infecção na manipulação de diversos dispositivos, tais como: CVC (DGS, 2015), cateter vesical (DGS, 2017d) e tubo oro-traqueal (DGS, 2017e). O sistema informático incorpora a validação destas *bundles* em todos os turnos, permitindo assegurar a qualidade dos cuidados prestados no que concerne ao controlo da infecção. Para além de prestar cuidados baseados em evidência (Regulamento n.º 140/2019, 2019), isto possibilitou o desenvolvimento de competências face à intervenção na prevenção e controlo da infecção e resistência a antimicrobianos, a partir da monitorização, registo e avaliação das medidas de prevenção e controlo implementadas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com vista ao desenvolvimento de competências especializadas foi necessário recorrer continuamente ao processo reflexivo. Consequência da situação pandémica atual, a reflexão visou aprendizagem em diversas situações clínicas, destacando o caso de ausência da família nos serviços de saúde. No Modelo Centrado na Pessoa (McCormack & McCance, 2017), a tomada de decisão deve ser realizada em parceria com a pessoa e família (Guerra-Martín & González-Fernández, 2020), sendo esta um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns (Mendes & Martins, 2012). A inclusão da família na prestação de cuidados foi um processo dificultado quer pela exigência de um teste laboratorial negativo ao vírus Sars-Cov-2 por transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase em tempo real (teste RT-PCR) antes dos momentos de visita, quer por os elementos da mesma se encontrarem infetados. A necessidade de programar as visitas com antecedência bem como a exigência da utilização de EPI, contribuíram para que a visita da família no contexto de estágio fosse reduzida. Esta realidade poderá promover desconforto no contexto social da PSC (Kolcaba, 2015). Com intenção de intervir a este nível, recorri à videochamada como meio de comunicação com a família, uma vez que esta tem sido a estratégia utilizada pelos profissionais em ambiente de UCI ao longo da pandemia (Kennedy et al., 2021). De modo presencial ou digital, estabeleci uma comunicação personalizada com a família, estabelecendo uma relação terapêutica com as mesmas (Regulamento n.º 429/2018, 2018), avaliando que o momento de interação com a família proporcionou um alívio da ansiedade da pessoa hospitalizada, atribuindo uma dimensão positiva à experiência individual.

### **Objetivo 3- Desenvolver competências especializadas em enfermagem na gestão da dor à PSC**

Uma gestão da dor eficaz na PSC exige abordagens multidimensionais, requerendo um maior juízo clínico e tomada de decisão em diferentes níveis (Rababa & Al-Rawashded, 2021). A elaboração da RIL para além de promover o desenvolvimento de competências de investigação (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; CNA, 2019), permitiu-me compreender quais as áreas de intervenção que eu necessitava de desenvolver para uma intervenção especializada de enfermagem. Assim, neste subcapítulo procuro explicitar o percurso realizado para o desenvolvimento da competência concreta “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19363).

Sendo a dor um fenómeno altamente incidente na PSC, procurei compreender como se procediam os cuidados de enfermagem face a esta problemática, verificando-se a existência de uma normativa no contexto. Este documento facilitou a minha interpretação e aplicação da escala da dor BPS.

O sistema informático dispõe de quatro escalas para avaliar a dor – Escala dos Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID), BPS, observador e numérica. Perante a pessoa incapaz de auto relatar a dor, optei por utilizar a escala BPS como instrumento de avaliação, indo de encontro aquilo que a evidência recomenda (AACN, 2018; Bridges et al., 2018; Delgado, 2020; Gomarverdi et al., 2018; Ito et al., 2022; Martorella, 2019; Phillips et al., 2019; Wiegand et al., 2017), garantindo uma praxis clínica especializada em evidência científica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019). Em diversos momentos, avaliar a intensidade da dor com recurso à escala BPS foi impossibilitada pelo efeito dos agentes curarizantes. Estes agentes são utilizados frequentemente na PSC sob a técnica de ECMO, tendo por isso que sustar a minha avaliação nas evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Nestas situações efetuei a avaliação e registo da dor com recurso à escala do observador. Para além da aprendizagem adquirida através da realização de uma avaliação da dor sustentada em instrumentos validados, este estágio permitiu-me distinguir variáveis fisiológicas (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial) e variáveis comportamentais (expressão facial, tônus muscular, adaptação ventilatória) como complemento à avaliação da dor na PSC.

Pelo exposto, uma das barreiras por mim identificada na avaliação da dor neste contexto, foi a falta de alternativas de avaliação quando as escalas validadas para a PSC disponíveis não podem ser aplicadas. Ao partilhar esta dificuldade junto dos pares compreendi que já existem alternativas e instrumentos de avaliação para auxiliar na avaliação da dor nestas situações. Por isso, realizei uma pesquisa bibliográfica acrescida onde identifiquei estratégias alternativas de avaliação da dor em UCI. Destaco duas delas, a pupilometria, que utiliza a resposta pupilar durante a estimulação (Fratino et al., 2021; Vincclair et al., 2019) e a avaliação do sistema nervoso autónomo através do índice de nociceção de analgesia (Logier et al., 2006). Considero que o recurso a estas técnicas são estratégias fulcrais para ultrapassar a barreira identificada, enriquecendo a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Com esta pesquisa, responsabilizei-me em ser um elemento facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019), pois irá servir de suporte para uma formação futura ministrada pela enfermeira responsável pela formação em serviço, desenvolvendo assim competências de consulta e colaboração em enfermagem avançada (CNA, 2019). Além de enriquecer o meu conhecimento acerca da temática, esta ação permitiu-me perspetivar o futuro relativamente à avaliação da dor na PSC e dessa forma alcançar o conforto da pessoa a quem presto cuidados.

A dor é uma experiência comum na PSC, podendo ter origem iatrogénica associada aos cuidados de saúde (Emsden et al., 2020; AACN, 2018; López-López et al., 2018). Partindo deste axioma, procedi à avaliação, ao registo e à reavaliação da dor antes, durante e após os procedimentos, acautelando o sofrimento da PSC, implementando medidas farmacológicas (titulação / gestão da sedoanalgesia) e não-farmacológicas (posicionamento, toque terapêutico) como medidas de alívio da dor.

Para alcançar melhores resultados, a premissa em vigor na prestação de cuidados em UCI defende a utilização da analgesia como medida de primeira linha para alcançar uma leve sedação em detrimento da sedação profunda, promovendo o conforto da pessoa como foco de cuidados (Vincent et al., 2016). Contudo, a sedoanalgesia é uma medida ainda utilizada para otimizar as estratégias implementadas, o que exige a necessidade de ajustes contínuos dos fármacos e respetivas dosagens administradas, consoante as necessidades de cada pessoa. Os fármacos comumente utilizados são propofol, fentanil, remifentanil e dexmedetomidina, sendo a escolha de cada fármaco mediada pela história e estado

geral clínico da pessoa. A evidência recomenda a utilização de uma analgesia multimodal, como medida de alívio farmacológica na dor (George & Johns, 2020; Hamrick et al., 2019), sendo esta diretriz executada neste serviço, onde o agente não-opioide mais comumente utilizado é o paracetamol. Existe ainda a preocupação relativa à rotatividade dos fármacos opioides utilizados, visando a redução da tolerância e dos efeitos adversos associados a cada fármaco. Deste modo, este contexto de estágio, permitiu-me cimentar conhecimentos e habilidades no âmbito das medidas farmacológicas, a partir da realização de uma gestão de situações de sedoanalgesia no combate à dor na PSC (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Tal como tem sido sobejamente referido neste relatório, a evidência científica defende o uso da abordagem multimodal na gestão da dor na PSC (Delgado, 2020; Papathanassoglou et al., 2018). Deste modo, saliento como intervenções não-farmacológicas por mim realizadas a musicoterapia, a massagem de relaxamento e a aplicação de calor/frio. Sendo o ambiente em UCI facilitador à implementação destas intervenções, pude comprovar a eficácia das mesmas, demonstrando ser uma alternativa eficaz no alívio da dor. De sobressair que o recurso a estas intervenções depende de uma decisão clínica autónoma do enfermeiro o que, sustenta o meu desenvolvimento de conhecimento e habilidades em medidas não-farmacológicas para o alívio da dor (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No decorrer deste estágio pude verificar que uma gestão da dor eficaz compreende um profundo conhecimento da sua multidimensionalidade. Na situação por mim exposta em estudo de caso, verifiquei que por vezes intervir perante a religiosidade/espiritualidade pode ser o caminho para o alívio da dor, seja pela distração ou pela diminuição da ansiedade. Isto concorre para as necessidades específicas de conforto que podem ser colmatadas a partir de intervenções fisiológicas, socioculturais, ambientais e psicológicas (Kolcaba, 2015). A elaboração do estudo de caso possibilitou o desenvolvimento de competências na assistência à pessoa e família em situação crítica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018). A partir deste exemplo assegurei uma prestação de cuidados assentes no respeito pelos valores, costumes espirituais e as práticas específicas da pessoa, garantindo uma prática de cuidados assentes no respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Através do processo reflexivo sobre esta temática, foi bastante evidente a incorporação das medidas não-farmacológicas, por vezes de forma inconsciente, na prática de cuidados. Contudo, é frequente a ausência do seu registo seja por ausência de espaço pré-definido para as mesmas, seja por esquecimento. É a partir do registo do conforto aprimorado que o enfermeiro tem a oportunidade de demonstrar a sua ampla contribuição, muitas vezes silenciosa, dos cuidados de enfermagem quer para a qualidade dos cuidados prestados a nível institucional, quer como contributo evidente para uma maior satisfação na pessoa (Kolcaba, 2015). Perante isto, registei todas as intervenções não-farmacológicas realizadas. Este registo permite ao enfermeiro demonstrar a real essência dos seus cuidados, possibilitando o seu uso enquanto indicador de resultado pelas instituições, valorizando estes cuidados pelas mesmas e pela pessoa a quem prestamos cuidados.

Apesar de não ter proposto nenhuma atividade de formação de pares, atualizei o dossier do serviço designado “A Dor na PSC”. Essa atualização foi sustentada nos artigos científicos recentes sobre a gestão da dor, com especial enfoque na avaliação e intervenção multimodal. Deste modo, após diagnóstico das necessidades formativas, responsabilizei-me por facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019), contribuindo deste modo para a prática baseada em evidência, e desenvolvendo competências educativas (CNA, 2019).

Em síntese, desenvolvi competências especializadas na gestão da dor, com principal realce para a implementação de intervenções não-farmacológicas, pela consciência que são estas que incorporam as intervenções definidas por Kolcaba (1994) como *comfort food for the soul*. Estas intervenções são aquelas que a pessoa melhor recorda, requerendo consideravelmente mais experiência e confiança por parte do enfermeiro, sendo o tipo de intervenções que segundo Kolcaba (2015), a autora Benner (2001) atribuiria aos enfermeiros “especialistas”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório demonstra de forma crítica e reflexiva o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem no âmbito do 11º CMEEPSC. Este percurso teve sempre presente a consciência de que o aprimorar das competências é consequente da união entre a teoria e a prática profissional e, em razão disso, procurei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem em estágio. Esta produção académica permitiu-me articular a fundamentação teórica e as situações clínicas vividas, estruturando e organizando todo o meu percurso, contribuindo dessa forma para o desenvolvimento de cuidados baseados em evidência.

A temática selecionada – Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma Torácico – apesar de profundamente estudada é uma área que ainda carece de desenvolvimento e operacionalização na prática quotidiana. Sendo uma área temática de relevo para a prática de enfermagem, revelou-se um meio para desenvolver competências especializadas à PSC, culminando numa melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Assim, os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares ministradas nos semestres que antecederam a realização dos estágios surgem como suporte para o juízo clínico e tomada de decisão efetuada ao longo dos mesmos.

No decorrer dos estágios recorri à elaboração das atividades propostas como os jornais de aprendizagem, estudo de caso e apresentações orais em seminários. Estas metodologias de aprendizagem foram essenciais para nortear o caminho a desenvolver neste percurso formativo.

O primeiro resultado obtido foi o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, a partir da tomada de consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Fui levada a repensar todo o caminho profissional realizado até aqui, contrastando com a responsabilidade indissociável ao enfermeiro designado mestre, especialista ou perito. O peso da responsabilidade relativa às exigências vigentes do enfermeiro perito, obrigou-me a um processo autorreflexivo a respeito das minhas qualidades e lacunas profissionais, ajustando-as àquilo que é espectável nesta fase profissional, sendo este o ponto de partida para o restante percurso de desenvolvimento de competências.

Toda a ação desenvolvida com vista à concretização dos objetivos, geral e específicos, foi assente numa prática profissional ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Faço enaltecer o contributo para o conhecimento da disciplina de Enfermagem, por meio da realização de uma RIL, bem como em divulgar esse conhecimento junto da comunidade científica através da publicação de um artigo científico e da participação com comunicações orais em conferências. O artigo mencionado apela à necessidade de um maior número de estudos incidentes na temática. Assim, concretizo o desenvolvimento de competências inerentes à praxis clínica especializada baseada em evidência científica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019), contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, ganhos em saúde.

Atento ter desenvolvido competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018), com principal destaque para a aquisição de competências no cuidar da pessoa vítima de trauma torácico com dor. Ambos os contextos de estágio permitiram a consolidação de competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção (ESEL, 2010; Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este desenvolvimento de competências foi conseguido através da prestação direta de cuidados, *debriefings* com os enfermeiros orientadores e equipa multidisciplinar e participação em congressos e seminários, possibilitando assim a deteção e o aprimorar de lacunas existentes.

Em termos de limitações neste percurso, considero a baixa casuística em estágio de casos clínicos decorrentes de trauma torácico. Face a esta dificuldade, recorri a todas as situações conseqüentes do trauma, independente da sua tipologia, transpondo para este relatório todos esses ganhos. A implementação desta estratégia foi facilmente conseguida em contexto de SU.

Apesar de o estágio em UCI ter sido realizado no âmbito da PSC com pneumonia grave derivada da infeção a Sars-Cov-2, diminuindo assim a probabilidade de atuar perante a pessoa vítima de trauma torácico, foi um estágio importante no desenvolvimento de competências no cuidar à PSC com dor, através da gestão

diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando respostas (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este estágio permitiu a reflexão aprofundada relativa às competências inerentes à gestão da dor, bem como da sua complexidade apesar da evidência já existente, levando a um desenvolvimento de juízo clínico e consequente tomada de decisão.

No momento da avaliação da dor, pude constatar a dificuldade em integrar as dimensões socioeconómica e espiritual da dor (António & Conceição, 2022a). Considero relevantes os registos acerca da gestão da dor, nomeadamente no registo das intervenções não-farmacológicas da dor e na reavaliação da mesma (António & Conceição, 2022a). Pude comprovar que a metodologia de registo pode ser uma barreira a uma gestão eficaz da dor, seja pela ausência de instrumentos validados à PSC ou pela ausência de espaço para descrição das medidas não-farmacológicas, seja pela impossibilidade de programar uma reavaliação da dor.

Independente da estratégia de alívio da dor adotada, as equipas especializadas no fenómeno da dor devem ser ativadas atempadamente, contribuindo dessa forma para um melhor *outcome* da PSC vítima de trauma torácico (Kourouche et al., 2018). Estas devem ser consultadas quanto ao melhor regime analgésico, uma vez que são especialistas em balancear o historial médico da pessoa com os níveis individuais de dor, alergias e habilidades dos profissionais, culminando numa redução dos efeitos adversos dos fármacos utilizados (Kourouche et al., 2018).

Considero que o prolongamento do tempo de estágio nos diferentes contextos poderia ter sido uma mais-valia, dada a aprendizagem operacionalizada pela reflexão sobre a prática. As dificuldades sentidas foram sendo ultrapassadas em parceria com os enfermeiros orientadores, professora orientadora e colegas de mestrado.

Pelo exposto no presente relatório, considero que o meu percurso académico e profissional foi pautado pela promoção do profissionalismo, tendo sido evidente o empenho, vontade em ser cada vez melhor, no sentido de promover melhores cuidados assentes na qualidade e segurança da pessoa, bem como promover o seu conforto. Neste sentido, como estratégia futura, irei mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do CMEEPSC para a minha prática profissional, bem como continuar a desenvolver competências, visando uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade à PSC no SU onde presto cuidados. A primeira atividade a desenvolver é o acompanhamento do Ano Global da IASP 2022, que tem como

objetivo consciencializar a comunidade científica e os profissionais de relevo, na qual se insere o enfermeiro, para a pertinência da dor, potenciando assim ganhos em saúde (IASP, 2022). Para além disso, pretendo consciencializar os meus pares para a importância da utilização da escala BPS na avaliação da dor da PSC.

Todo este percurso promoveu o meu processo de desenvolvimento enquanto enfermeira do nível proficiente ao perito nível aproximado de perito (Benner, 2011). Desta forma, o presente relatório fundamenta todo o percurso inerente à obtenção do grau de mestre em enfermagem na área de especialização à PSC.

## REFERÊNCIAS

- Angeletti, C., Angeletti, P. M., Paesani, M., Guetti, C., Gyra, A., Perseo, G., Ciccozzi, A., Marinangeli, F., & Altobelli, E. (2021). Assessment of pain and associated comorbidities: A survey of real life experiences among nurses in Italy. *Journal of Pain Research*, 14, 107–115. <https://doi.org/10.2147/JPR.S245792>
- António, C., & Conceição, R. (2022a, 19 junho). *Práticas dos Enfermeiros na Gestão da dor no Serviço de Urgência* [Apresentação Oral]. 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- António, C., & Conceição, R. (2022b, 19 junho). *Escala de Avaliação da Dor no Serviço de Urgência* [Apresentação Oral]. 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra, Portugal.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2018). AACN Practice Alert: Assessing Pain in Critically Ill Adults. *CriticalCareNurse*, 38(6), 13-16. <https://doi.org/10.4037/ccn2018781>
- American College of Surgeons. (2018). ATLS Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual (10th ed.). American College of Surgeons.
- Ashworth, P. (1990). High technology and humanity for intensive care. *Care of the Critically Ill*, 6(1), 26.
- Associação Portuguesa para o estudo da Dor [APED]. (2021, julho, 15). *Sobre a Dor: Definições*. APED. <https://www.aped-dor.org/>
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 9), 7–16. <https://doi.org/10.12707/rjii12108>

- Batista, S. E. A., Baccani, J. G., Silva, R. A. de P. e, Gualda, K. de P. F., & Vianna Jr., R. J. de A. (2006). Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva - SP. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 33(1), 6–10. <https://doi.org/10.1590/s0100-69912006000100003>
- Beard, L., Hillermann, C., Beard, E., Millerchip, S., Sachdeva, R., Gao Smith, F., & Veenith, T. (2020). Multicenter longitudinal cross-sectional study comparing effectiveness of serratus anterior plane, paravertebral and thoracic epidural for the analgesia of multiple rib fractures. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 45(5), 351–356. <https://doi.org/10.1136/rapm-2019-101119>
- Belton, J., Harrison, D., Birnie, K. (2022). How to translate Pain Research to Impact Practice. IASP-Translating Pain Knowledge to Practice. Acedido em 13/05/2022. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/how-to-translate-pain-research-to-impact-practice/>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* (2th ed.). Springer Publishing Company.
- Beshay, M., Mertzluft, F., Kottkamp, H. W., Reymond, M., Schmid, R. A., Branscheid, D., & Vordemvenne, T. (2020). Analysis of risk factors in thoracic trauma patients with a comparison of a modern trauma centre: A mono-centre study. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00324-1>
- Bridges, E., McNeill, M., & Munro, N. (2017). Research in review: Advancing Critical Care Practice. *American Journal Of Critical Care*, 26(1), 77-88. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017609>

- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Camacho, F. C. de O., & Segura-Grau, E. (2019). Continuous serratus anterior plane block provides analgesia in multiple rib fractures: a case report. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 69(1), 87–90. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.007>
- Chaudhary, A., Singh, A., & Aggarwal, R. (2020). Chest injury outcomes due to road traffic accidents – an institutional experience. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 14(4), 33–38. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i4.11435>
- Costa, J. P., Nicolaidis, R., Gonçalves, A. V. F., Souza, E. N. de, & Blatt, C. R. (2020). The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190327. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>
- Cyrillo, R. M. Z., Dalri, M. C. B., Canini, S. R. M. da S., Carvalho, E. C. de, & Lourencini, R. R. (2009). Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 811. <https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.33235>
- Cunha, D., Ribeiro, A., & Pereira, F. (2020). Instrumentos de Avaliação da dor em pessoas com alterações da consciência: uma revisão sistemática. *Revista Rol Enfermagem*, 43(1), 59–68. <http://hdl.handle.net/10400.26/31334>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República, Série I* (Nº 157 de 2018-08-16), 4147–4182. eli: <https://data.dre.pt/eli/declei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Delgado, S. A. (2020). Managing Pain in Critically Ill Adults: A Holistic Approach. *American Journal of Nursing*, 120(5), 34–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000662808.81949.d6>

Despacho n.º 10319/2014 (2014). São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série - n.º 153 (11-08-2014), 8174–8175.

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

Direção-Geral da Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Direção-Geral de Saúde*, 1–14. <https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Controlo-da-Dor.pdf>

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

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 022/2015 (2015). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Central. *Direção-Geral de Saúde*, 1-17. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i022018.pdf>

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

Direção-Geral da Saúde – Norma nº 015/2017 (2017a). Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. *Direção-Geral de Saúde*, 1-25. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023807.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos antimicrobianos. *Direção-Geral de Saúde*, 1-24. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Infe%C3%A7%C3%B5es%20e%20de%20Resist%C3%A2ncia%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 001/2017 (2017c). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção-Geral de Saúde*, 1-8. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023296.pdf>
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 019/2017 (2017d). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção-Geral de Saúde*, 1-12. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 021/2015 (2017e). “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. *Direção-Geral de Saúde*, 1-13. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023710.pdf>
- Direção-Geral da Saúde – Norma nº 002/2018 (2018). Sistemas de triagem dos Serviços de Urgência e Referência Interna Imediata. *Direção-Geral de Saúde*, 1-23. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Dogrul, B. N., Kiliccalan, I., Asci, E. S., & Peker, S. C. (2020). Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. *Chinese Journal of Traumatology - English Edition*, 23(3), 125–138. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2020.04.003>
- Emsden, C., Schäfer, U. B., Denhaerynck, K., Grossmann, F., Frei, I. A., & Kirsch, M. (2020). Validating a pain assessment tool in heterogeneous ICU patients: Is it possible? *Nursing in Critical Care*, 25(1), 8–15. <https://doi.org/10.1111/nicc.12469>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações. *ESEL - Centro de Documentação e Biblioteca*, 1–37.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objetivos e Competências do CMEPSC*. <https://bit.ly/2HemEQM>
- Fratino, S., Peluso, L., Talamonti, M., Menozzi, M., Hirai, L. A. C., Lobo, F. A., Prezioso, C., Creteur, J., Payen, J. F., & Taccone, F. S. (2021). Evaluation of nociception using quantitative pupillometry and skin conductance in critically ill unconscious patients: A pilot study. *Brain Sciences*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010109>

- Galvagno, S. M., Smith, C. E., Varon, A. J., Hasenboehler, E. A., Sultan, S., Shaefer, G., To, K. B., Fox, A. D., Alley, D. E. R., Ditillo, M., Joseph, B. A., Robinson, B. R. H., & Haut, E. R. (2016). Pain management for blunt thoracic trauma: A joint practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma and Trauma Anesthesiology Society. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 81(5), 936–951. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001209>
- George, S., & Johns, M. (2020). Review of nonopioid multimodal analgesia for surgical and trauma patients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(24), 2052–2063. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaa301>
- Giuliano, K. K. (2017). Improving patient safety through the use of nursing surveillance. *Biomedical Instrumentation and Technology*, 51, 34–43. <https://doi.org/10.2345/0899-8205-51.s2.34>
- Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, MA., & Nikooseresheh, M. (2018). Comparison of Two Pain Scales: Behavioral Pain Scale and Critical-care Pain Observation Tool During Invasive and Noninvasive Procedures in Intensive Care Unit-admitted Patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2), 431-435. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_47\\_18](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18)
- Guerra-Martín, M., & González-Fernández, P. (2021). Satisfaction of patients caregivers in adult intensive care unit: Literature Review. *Enfermería Intensiva*, 32(4), 207-219. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR\\_47\\_18](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18)
- Hajjar, W. M., Al-Nassar, S.A., Almutair, O.S., Alfahadi, A.H., Aldosari, N.H., & Meo, S.A. (2021). Chest Trauma Experience: Incidence, associated factors, and outcomes among patients in Saudi Arabia. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(2) 1-6. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.2.3842>
- Hamrick, K. L., Beyer, C. A., Lee, J. A., Cocanour, C. S., & Duby, J. J. (2019). Multimodal Analgesia and Opioid Use in Critically Ill Trauma Patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 228(5), 769-775.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.01.020>
- Howard, P. & Steinmann, R. (2010). *Enfermagem de Urgência- Da Teoria à Prática*. (6th ed). Lusociência

- Ibrahimoglu, O., Ozkan, B., & Mersin, S. (2020). A Retrospective Analysis of Pain Localizations in Emergency Department. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 1923–1929. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=149286108&site=ehost-live&scope=site>
- International Association for the Study of Pain [IASP] (2020). *IASP-Terminology*. Acedido em 29/04/2022. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2020). *IASP-Terminology*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
- Ito, Y., Teruya, K., & Nakajima, E. (2022). Evaluation of pain severity in critically ill patients on mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 68, 103118. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103118>
- Kalogianni, A., Paulatou, N., Efstathiou, F., Touloupa, E., Vasileiou, E., Toulia, G., & Athanasiou, E. (2018). Management of the acute pain in the emergency department. *Hellenic Journal of Nursing*, 57(2), 196–206.
- Kemp, H. I., Laycock, H., Costello, A., & Brett, S. J. (2019). Chronic pain in critical care survivors: a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), 372–384. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.025>
- Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., Nigra, K., & Elmer, J. (2021). Perspectives on telephone and video communication in the intensive care unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), 838–847. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202006-729OC>
- Kizza, I. B., & Muliira, J. K. (2015). Nurses' pain assessment practices with critically ill adult patients. *International Nursing Review*, 62(4), 573–582. <https://doi.org/10.1111/inr.12218>
- Kolcaba, K. (2015). Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In Parker & Smith, *Nursing theories and nursing practice* (3th, pp. 389-401). Saudi met J.

- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538–544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
- Kolcaba, K. Y. & Vendlinski, S., (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 14(6), 271–276. <https://doi.org/10.1177/104990919701400602>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
- Kolcaba, K. (2021). Confort Theory Topics. *Confort line*. <https://www.thecomfortline.com>
- Kourouche, S., Buckley, T., Munroe, B., & Curtis, K. (2018). Development of a blunt chest injury care bundle: An integrative review. *Injury*, 49(6), 1008–1023. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.03.037>
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C., Silva, L. de F. da, Freitas, M. C., & Fialho, A. V. de M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 1–5. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>
- Liu, Y. T., Lee, C. C., Chen, C. C., Chiu, Y. H., Liu, Z. H., & Wang, Y. C. (2021). Verification of the critical-care pain observation tool in conscious patients with hemiparesis or cognitive dysfunction. *Journal of Critical Care*, 65, 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.06.001>
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 1–6.

Logier, R., Jeanne, M., Tavernier, B., & De Jonckheere, J. (2006). Pain / analgesia evaluation using heart rate variability analysis. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology - Proceedings*, 4303–4306. <https://doi.org/10.1109/IEMBS.2006.260494>

Lopes, J. M. (2003). *Biblioteca da Dor: Fisiopatologia da dor*. Permanyer Portugal. [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=QgCJ\\_f\\_-htkC&oi=fnd&pg=PA145&dq=Fisiopatologia+da+dor&ots=HiKTShzyV4&sig=RW3KrRWWZyMA\\_mp9S5xO9wJHYq4%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=QgCJ\\_f\\_-htkC&oi=fnd&pg=PA145&dq=Fisiopatologia+da+dor&ots=HiKTShzyW](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=QgCJ_f_-htkC&oi=fnd&pg=PA145&dq=Fisiopatologia+da+dor&ots=HiKTShzyV4&sig=RW3KrRWWZyMA_mp9S5xO9wJHYq4%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=QgCJ_f_-htkC&oi=fnd&pg=PA145&dq=Fisiopatologia+da+dor&ots=HiKTShzyW)

López-López, C., Pérez-Pérez, T., Beneit-Montesinos, J. V., García-Klepzig, J. L., Martínez-Ureta, M. V., Del Ara Murillo-Pérez, M., Torrente-Vela, S. A., & García-Iglesias, M. (2018). Pain assessment in mechanically ventilated, noncommunicative severe trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 25(1), 49–59. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000342>

Martins, M. M. F. P. da S., Gonçalves, M. N. da C., Ribeiro, O. M. P. L., & Tronchin, D. M. R. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento TT - Calidad de la atención de enfermería: construcción y validación de un instrumento TT - Quality of nursing care: instrument development and validation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 920–926. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&amp%0Apid=S0034-71672016000500920](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp%0Apid=S0034-71672016000500920)

Martyn, J., Jianren M., & Bittner, A. (2019). Opioid Tolerance in Critical Illness. *The New Englan Journal of Medicine*, 380 (4), 365-378. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1800222>.

Martorella, G. (2019). Characteristics of nonpharmacological interventions for pain management in the ICU: A scoping review. *AACN Advanced Critical Care*, 30(4), 388–397. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2019281>

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., &

- Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Mascarenhas, J.A.F., & Nascimento, C.A.F. (2022). A gestão da dor aguda na pessoa vítima de trauma: Uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 617-626. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-052>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). The Person-Centred Practice Framework. In *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and Practice*. (2th, pp.41-58). Wiley-blackwell
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Meyer, G., & Lavin, M.A. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. <https://doi.org/10.1097/00152193-200510001-00004>
- Muldowney, M., & Bhalla, P. I. (2021). Pain management in thoracic trauma. *International Anesthesiology Clinics*, 59(2), 40–47. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000311>
- Munroe, B., & Curtis, K. (2020). Assessment, monitoring and emergency nursing care in blunt chest injury: A case study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(4), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2011.05.005>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia de Enfermagem*. Ordem dos enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática*. Ordem do Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- Palmer, S. J. (2020). The complex case of rib fracture management in older people. *Nursing and Residential Care*, 22(5), 1–3. <https://doi.org/10.12968/nrec.2020.22.5.7>
- Papadopoulos, G. S., Tzimas, P., Liarmakopoulou, A., & Petrou, A. M. (2017). Auricular Acupuncture Analgesia in Thoracic Trauma: A Case Report. *JAMS Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 10(1), 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.jams.2016.06.003>
- Papathanassoglou, E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L & Kyprianou, T. (2018). Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. *American journal of critical care*, 27(3), 172-185. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018271>
- Pasin, S., & Schnath, F. (2007). Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural: Artigo de Revisão. *Revista Hospital Clinical Porto Alegre*, 27, 69–73.
- Phillips, M. L., Kuruvilla, V., & Bailey, M. (2019). Implementation of the Critical Care Pain Observation Tool increases the frequency of pain assessment for noncommunicative ICU patients. *Australian Critical Care*, 32(5), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.08.007>
- Pinho, J. A., Carneiro, H., Alves, F., Nunes, M. M. J. C. & Duarte, J.C. (n.d.). *Plano Nacional de Avaliação da Dor – Resultados*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Rababa, M., & Al-Rawashdeh, S. (2021). Critical care nurses' critical thinking and decision making related to pain management. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 103000. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103000>
- Reardon, D. P., Anger, K. E., & Szumita, P. M. (2015). Pathophysiology, assessment, and management of pain in critically ill adults. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72(18), 1531–1543. <https://doi.org/10.2146/ajhp140541>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº

26 de 2019-02-06), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

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. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 135 de 2018-07-16), 19359-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Saranteas, T., Kostroglou, A., Anagnostopoulos, D., Giannoulis, D., Vasiliou, P., & Mavrogenis, A. F. (2019). Pain is vital in resuscitation in trauma. *Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie (Sicot-J)*, 5. <https://doi.org/10.1051/sicotj/2019028>

Tanaka, A., Brum, B., Galvan, C., Kaiser D., Santo, D., Bueno E., Matzenbacher L., & Paczer R (2021). *Cartilha de orientações sobre cuidados em sala de recuperação pós anestésica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

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

Vendlinski, S., & Kolcaba, K. Y. (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 14(6), 271–276. <https://doi.org/10.1177/104990919701400602>

Vincent, J. L., Shehabi, Y., Walsh, T. S., Pandharipande, P. P., Ball, J. A., Spronk, P., Longrois, D., Strøm, T., Conti, G., Funk, G. C., Badenes, R., Mantz, J., Spies, C., & Takala, J. (2016). Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 962–971. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4297-4>

Vinclair, M., Schilte, C., Roudaud, F., Lavolaine, J., Francony, G., Bouzat, P., Bosson, J. L., & Payen, J. F. (2019). Using Pupillary Pain Index to Assess Nociception in

Sedated Critically Ill Patients. *Anesthesia and Analgesia*, 129(6), 1540–1546.  
<https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004173>

Wheeler, K. E., Grilli, R., Centofanti, J. E., Martin, J., Gelinas, C., Szumita, P. M., Devlin, J. W., Chanques, G., Alhazzani, W., Skrobik, Y., Kho, M. E., Nunnally, M. E., Gagarine, A., Ergon, B. A., Fernando, S., Price, C., Lewin, J., & Rochwerg, B. (2020). Adjuvant Analgesic Use in the Critically Ill: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Explorations*, 2(7), e0157.  
<https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000157>

Wiegand, D. L., Wilson, T., Pannullo, D., Russo, M. M., Kaiser, K. S., Soeken, K., & McGuire, D. B. (2018). Measuring Acute Pain Over Time in the Critically Ill Using the Multidimensional Objective Pain Assessment Tool (MOPAT). *Pain Management Nursing*, 19(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.10.013>



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

**Artigo “Gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico:  
uma revisão integrativa da literatura”**



# Brazilian Journal of Health Review

## DECLARAÇÃO

A Revista Brazilian Journal of Health Review, ISSN 2595-6825 avaliada pela CAPES como Qualis CAPES 2019 B3, declara para os devidos fins, que o artigo intitulado **“Gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico: uma revisão integrativa da literatura”** de autoria de *Catarina Isabel Reis Ferreira Silva, Carla Alexandra Fernandes do Nascimento*, foi publicado no v.5,n.3, p. 10130-10141.

A revista é on-line, e os artigos podem ser encontrados ao acessar o link:  
<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/issue/view/174>

DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n3-178>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

São José dos Pinhais, 24 de Maio de 2022.

Prof. Dr. Edilson Antonio Catapan  
Editor Chefe



QR de validade da publicação



## **APÊNDICE II**

**Comunicação oral “Gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico”**



# 1º CONGRESSO INTERNACIONAL

**"O CUIDADO CENTRADO NO CLIENTE E NOS PADRÕES DE QUALIDADE"**

**7**  
**OUTUBRO**  
**2021**

## CERTIFICADO

A Comissão Organizadora do 1º Congresso Internacional - "O Cuidado centrado no cliente e nos padrões de qualidade", certifica que Catarina Silva apresentou a comunicação livre: "Gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico" da autoria de Catarina Silva, Carla Nascimento e agradece o inestimável contributo da sua participação para o sucesso do evento realizado no dia 7 de outubro de 2021.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

*Professora Doutora Carla Nascimento*



## **APÊNDICE III**

**Comunicação oral “Intervenção do enfermeiro na dor da pessoa com trauma torácico”**



# V CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

25 a 27 de outubro de 2021

Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz

E SE NÃO HOUVESSE  
ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA?

## CERTIFICADO

Certifica-se que **Catarina Isabel Reis Ferreira Silva**, apresentou a comunicação oral *"Intervenção do enfermeiro na dor da pessoa com trauma torácico"*, da autoria de Catarina Isabel Reis Ferreira Silva e Carla Alexandra Fernandes do Nascimento, no **V Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica: E se não Houverse Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica?**, que decorreu entre os dias **26 e 27 de Outubro de 2021**, no Centro de Artes de Espetáculos da Figueira da Foz.

Figueira da Foz, 27 de Outubro de 2021

Pela Comissão Científica



LILIANA MOTA

Presidente do Conselho Técnico-Científico da Escola  
Superior de Saúde Norte da CVP

Pela Comissão Organizadora



ÂNDREA FIGUEIREDO

Presidente da Associação de Enfermeiros Especialistas em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

**ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA (AEEEMC)**

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Pólo A | Avenida Bissaya Barreto 3000-075 Coimbra | NIF 502 070 420

Tel: +351 926 882 860 | Email: geral.aeeemc@gmail.com | www.aeeemc.com





## **APÊNDICE IV**

**Formação em serviço “Gestão da dor na pessoa vítima de trauma torácico”**



|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tema</b>                   | <b>Gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Formador:</b>              | Catarina Silva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Público Alvo:</b>          | Enfermeiros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Datas:</b>                 | 7, 13, 14, 17 dezembro 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Hora:</b>                  | 16:10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Duração:</b>               | 15 min                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Objetivo Geral:</b>        | Demonstrar a importância da gestão da dor eficaz na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Objetivos específicos:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Demonstrar o impacto da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma torácico;</li> <li>- Apresentar a escala Behavioral Pain Scale como método validado na avaliação da dor à PSC;</li> <li>- Elucidar qual a intervenção enfermeiro na gestão da dor na pessoa em situação crítica segundo a evidência atual, com ênfase no cuidado à pessoa sob anestesia regional</li> <li>-Promover a partilha e a discussão de conhecimentos nesta temática</li> </ul> |
| <b>Metodologia:</b>           | Expositivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Recursos:</b>              | Power-Point, computador, televisão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Avaliação da Sessão:</b>   | Aplicação do questionário de satisfação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



## Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica vítima de trauma torácico

Catarina Ferreira Silva  
nº3448

Professora orientadora: Carla Nascimento

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Dezembro 2021

## SUMÁRIO

1. A dor na Pessoa em Situação Crítica (PSC)
  - a. Complicações
2. Avaliação da dor na PSC
  - a. Behavioral Pain Scale
3. A dor na pessoa vítima de trauma torácico
4. Intervenção do enfermeiro na gestão da dor na PSC
  - a. Técnicas anestésicas regionais
5. Conclusões

## A DOR NA PSC

✓ A dor é um sintoma frequente na pessoa em situação crítica e surge como o principal fator de risco para o aparecimento de complicações.

(Papathanassioglou et al., 2018; Teixeira & Durão, 2016)



**Dor Crónica**

(Angeletti et al., 2021; Bridges, 2017; Mortonella, 2019; Reardon, 2015)

## A DOR NA PSC

Complicações

Número de  
dias de VMI

Insónias

Stress  
Desnutrição

Depressão

Limitações  
nas atividades  
de vida diária

(Dagniol et al., 2020)

## AVALIAÇÃO DA DOR NA PSC

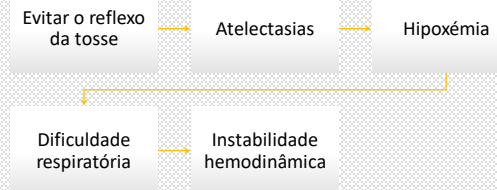
*Behavioral Pain Scale  
(BPS)*

| INDICADOR               | ITEM                                               | PERCEPÇÃO |
|-------------------------|----------------------------------------------------|-----------|
| COMPORTAMENTO           | RELAXAR                                            | 1         |
|                         | PARCIALMENTE CONTRAÍDA E SORRIMENTOS FRACOS        | 2         |
|                         | COMPLAUMENTO CONTRAÍDA E ALTERNATIVAS TECNOLÓGICAS | 3         |
|                         | CAROTA E FUGAR FACIL                               | 4         |
| MOVIMENTOS              | MOVIMENTOS                                         | 1         |
|                         | PARCIALMENTE EM TENSÃO                             | 2         |
|                         | MOVIMENTOS COM FLEXÃO DOS DEITOS                   | 3         |
|                         | MOVIMENTOS, RESISTÊNCIA AOS CUIDADOS               | 4         |
| TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO                            | 1         |
|                         | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO A BASTANTE DE TENSÃO       | 2         |
|                         | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO COM FLEXÃO DOS DEITOS      | 3         |
|                         | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO COM FLEXÃO DOS DEITOS      | 4         |
| TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO                            | 1         |
|                         | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO A BASTANTE DE TENSÃO       | 2         |
|                         | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO COM FLEXÃO DOS DEITOS      | 3         |
|                         | TOLERÂNCIA À VENTILAÇÃO COM FLEXÃO DOS DEITOS      | 4         |

VERSÃO ATUALIZADA DA ESCALA BPS - 07

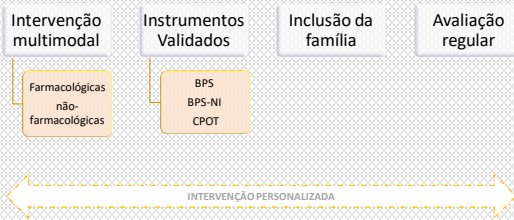
(Batalha, 2013)

## A DOR NA PESSOA VITIMA DE TRAUMA TORÁCICO



(Dogru et al., 2020; Muldowney et al., 2021)

## INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR NA PSC



## INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR NA PSC

*Técnicas Anestésicas Regionais*



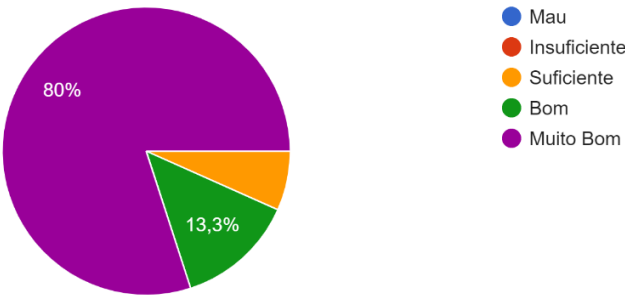
(Beard et al., 2020; Camacho & Segura-Grau, 2018; Palmer, 2020)



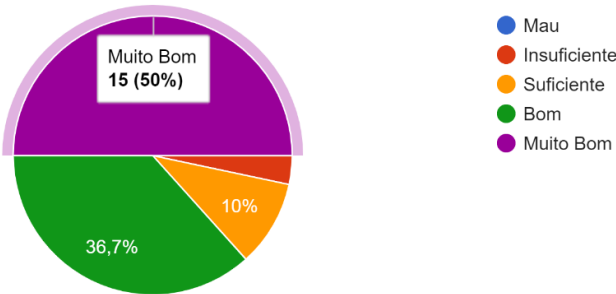
## REFERÊNCIAS

- Ho, A. M. H., Ho, A. K., Mizubuti, G. B., Klar, G., & Karmakar, M. K. (2020). Regional analgesia for patients with traumatic rib fractures: A narrative review. In *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* (Vol. 88, Issue 1). <https://doi.org/10.1097/JTA.00000000000002534>
- Martorella, G. (2019). Characteristics of nonpharmacological interventions for pain management in the ICU: A scoping review. *AACN Advanced Critical Care*, 30(4), 388–397. <https://doi.org/10.4037/aacncc2019382>
- Muldowney, M., & Bhalla, P. I. (2021). Pain management in thoracic trauma. *International Anesthesiology Clinics*, 59(2), 40–47. <https://doi.org/10.1097/JIAA.0000000000000011>
- Palmer, S. J. (2020). The complex case of rib fracture management in older people. *Nursing and Residential Care*, 22(5), 1–3. <https://doi.org/10.12968/nrec.2020.22.5.7>
- Papathanasiou et al (2018). Effect of an Integrative Nursing Intervention of Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. *American Journal of Critical Care*, 27 (3), 172-185
- Pasin, S., & Schnath, F. (2007). Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural: Artigo de Revisão. *Rev HCPA*, 27, 69–73
- Reardon, D. P., Anger, K. E., & Scumia, P. M. (2015). Pathophysiology, assessment, and management of pain in critically ill adults. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72(18), 1533–1543. <https://doi.org/10.2146/ajhp140541>
- Tanaka, A., Brum, B., Galvan, C., Kaiser D., Santo, D., Bueno E., Matzenbacher L., Paczer R (2021). *Cartilha de orientações em solo de recuperação pós anestésico*. IAPRGS
- Teixeira, J., & Durão, C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>

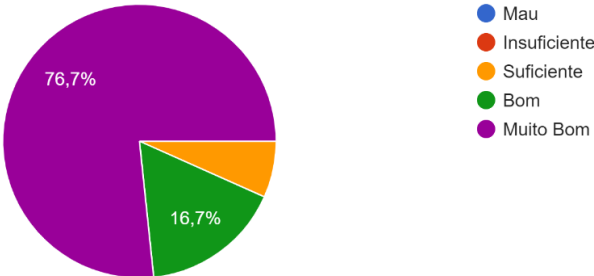
Interesse dos conteúdos apresentados  
30 respostas



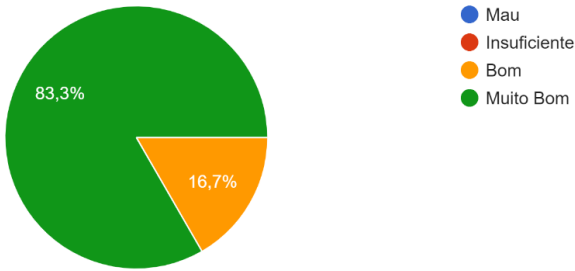
Duração da formação  
30 respostas



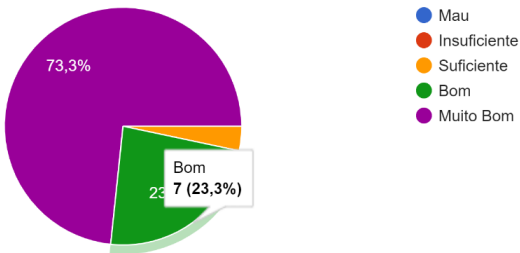
Clareza e exposição do formador  
30 respostas



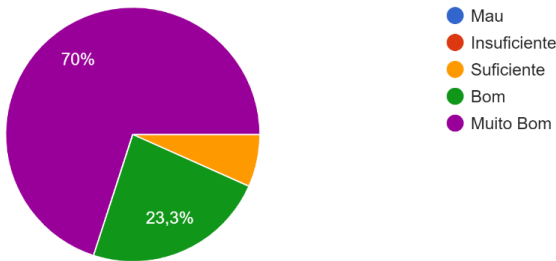
Domínio dos temas desenvolvidos pelo formador  
30 respostas



Capacidade para esclarecer dúvidas  
30 respostas



Temas abordados face às expetativas  
30 respostas



Utilidade prática da formação  
30 respostas

