



**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: Intervenção Especializada de Enfermagem**

Raquel de Fátima Candeias Marques

**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: Intervenção Especializada de Enfermagem**

Raquel de Fátima Candeias Marques

Orientador: Professora Doutora Helga Rafael Henriques

**Lisboa
2022**

“A parte que ignoramos é muito maior que tudo quanto sabemos”

Platão

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Helga Rafael, pelo apoio, pelo suporte nos momentos menos coloridos, pela compreensão, e acima de tudo, pelo rigor, excelência e exigência com que me guiou neste percurso.

Aos Enfermeiros orientadores, e todos os profissionais com que me cruzei ao longo desta jornada, pelo exemplo, pela construção do caminho, enriquecendo os meus dias, por todos os momentos de partilha e reflexão.

Ao Paulo, amor, companheiro e melhor amigo, por ser a minha orientação nos momentos de incertezas, pela compreensão, carinho e incentivo, pois cada decisão ou passo é a pensar em nós.

À minha Avó, privada do meu tempo, pelo amor, carinho, educação e apoio incondicional, fazendo de mim a pessoa que sou hoje.

Aos meus Pais, Irmãos e Cunhadas, por serem a minha força nos dias mais cinzentos, por me ensinarem que os limites existem apenas na nossa mente, pois o impossível pode sempre ser alcançado com persistência, esforço e dedicação.

À Cláudia, à Melanie, à Ana, à Telma, ao Fernando, ao Héber e ao Ricardo, por nunca duvidarem de mim, por chorarem e rirem comigo, pela cumplicidade e carinho com que rechearam este percurso e a minha vida.

Aos meus amigos, pela compreensão, carinho e amizade, mesmo nos momentos de maior ausência.

À Raquel, à Suse, ao Tiago, ao Raul e ao Hugo, por me acompanharem neste percurso, pelo companheirismo e pelos momentos de entusiasmo partilhados em conjunto, convosco tudo ficou mais fácil.

Aos meus colegas de trabalho, pela amizade, camaradagem, compreensão e, por vezes sem conta, me terem facilitado a vida ao longo de todo este percurso.

A ti meu Avô, por me teres dado força quando achei que não seria mais possível. Obrigado por me mostrares como ser melhor, pessoa e enfermeira. A ti meu Avô, porque me fazes muita falta!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACS-COT - American College of Surgeons - Committee on Trauma

AHA - American Heart Association

APA - American Psychological Association

ATCN - Advanced Trauma Care Nurse

ATLS - Advanced Trauma Life Support

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BPAS - Behavioral Pain Assessment Sacel

BPI - Brief Pain Inventory

BPS - Behavioral Pain Scale

CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área Pessoa em Situação Crítica

CPOT - Critical Care Pain Observation Tool

DGS - Direção-Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMI - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

ENA - Emergency Nurses Association

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

EVA - Escala Visual Analógica

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

IASP - International Association for the Study of Pain

MPQ - MacGill Pain Questionnaire

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

PPC - Pressão de Perfusão Cerebral

PSC - Pessoa em Situação Crítica

PVC - Pressão Venosa Central

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SAV - Suporte Avançado de Vida

SAVT - Suporte Avançado de Vida em Trauma

SCIH - Serviços de Controlo de Infeções Hospitalares

SI - Sistema Informático

SMI - Serviço de Medicina Interna

SNC - Sistema Nervoso Central

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

STN - Society of Trauma Nurses

SU - Serviço de Urgência

TCE - Traumatismo Craneoencefálico

TNCC - Trauma Nursing Core Course

TOT - Tubo Oro-Traqueal

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

VV - Via Verde

RESUMO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão, cuja percepção pode ser influenciada por vários fatores. É um sintoma e um sinal comum e angustiante na pessoa em situação crítica. A dor, quase sempre, se encontra presente na pessoa em situação crítica e a sua manifestação pode estar relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento no serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita. É uma das principais consequências do trauma, causando prejuízos significativos à vítima, constituindo-se como o maior obstáculo à satisfação da necessidade de conforto. O cuidar da pessoa em situação crítica vítima de trauma, assume assim uma necessidade fundamental na priorização de cuidados de enfermagem e na identificação de diagnósticos vividos pela pessoa e família. A gestão da dor engloba assim, a avaliação, monitorização e o seu controlo através da correção das complicações relacionadas com a mesma, da educação da pessoa e da família e documentação de todas as intervenções realizadas. O enfermeiro tem não só o dever de avaliar a dor na pessoa em situação crítica, como de identificar e implementar intervenções adequadas à sua gestão.

Este relatório apresenta o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem, de forma crítica e reflexiva, em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos. Segui uma metodologia de projeto, considerando as aptidões enumeradas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre, as competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para enfermeiro especialista, os objetivos projetados pela escola para este ciclo de formação e o Modelo *Dreyfus* de aquisição de competências. Focado na intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor na pessoa em situação crítica vítima de trauma, o referencial teórico de Katherine Kolcaba, e a sua Teoria do Conforto, vieram suportar este percurso.

Destaco, desta forma, o desenvolvimento de competências na área da promoção da melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente, a mobilização de padrões sólidos de conhecimento para a prática clínica, suportado em evidência científica, a seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão, demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC otimizando as respostas, a consciência crítica dos problemas atuais da disciplina e competências de reflexão, autoconhecimento e autoaprendizagem, em articulação com as competências de mestre.

Palavras-Chave: dor, gestão da dor, trauma, pessoa em situação crítica, intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with tissue or potential injury, or described in terms of such injury, the perception of which can be influenced by a number of factors. It is a common and distressing symptom and sign in the critically ill person. Pain is almost always present in critically ill patients and its manifestation may be related to the underlying pathology that led to their admission to the emergency department and intensive care unit, or related to the various invasive and non-invasive procedures to which they are subjected. It is one of the main consequences of trauma, causing significant harm to the victim and constituting the greatest obstacle to satisfying the need for comfort. Thus, caring for critically ill trauma victims is a fundamental need in the prioritization of nursing care and the identification of diagnoses experienced by the person and family. Pain management encompasses pain assessment, monitoring, and control through the correction of pain-related complications, the education of the person and family, and the documentation of all interventions performed. Nurses have not only the duty to assess pain in critically ill patients, but also to identify and implement appropriate interventions for pain management.

This report presents my journey of acquisition and development of specialized nursing skills, in a critical and reflective way, in the context of an emergency room and intensive care unit. I followed a project methodology, taking into account the skills listed in the Portuguese legislation for obtaining a master's degree, the common and specific competencies recommended by the Ordem dos Enfermeiros for specialist nurses, the objectives designed by the school for this training cycle, and the Dreyfus Model of Skill Acquisition. Focused on the specialized nursing intervention in pain management in critically ill trauma patients, Katherine Kolcaba's theoretical framework, and her Comfort Theory, came to support this journey.

I highlight the development of skills in the area of promoting the improvement of the quality of care to the critically ill person and his/her family, the provision of nursing care to the person in an emergent situation, the mobilization of solid patterns of knowledge for clinical practice, supported by scientific evidence, the selection of relevant sources of information for decision making, demonstrate knowledge and skills in the differentiated management of pain and well-being of the critically ill person optimizing responses, the critical awareness of current problems in the discipline and skills of reflection, self-knowledge and self-learning, in articulation with the master's competencies.

Keywords: Pain, Pain Management, Trauma, Critical Care, Nursing Intervention

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 15 |
| 1.1. Dor na pessoa em situação crítica | 15 |
| 1.2. Abordagem à Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma | 17 |
| 1.3. Intervenções de enfermagem promotoras do conforto | 20 |
| 2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS... 31 | |
| 2.1. Estágio Serviço de Urgência Geral | 31 |
| 2.2. Estágio Unidade de Cuidados Intensivos | 48 |
| CONCLUSÃO | 61 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 64 |

ANEXO

ANEXO I - Certificado de Participação no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico Adulto/Idoso “*Formação, Investigação e Exercício Clínico*”

APÊNDICES

APÊNDICE I - Objetivos Específicos para Estágio no SU

APÊNDICE II - Objetivos Específicos para Estágio na UCI

APÊNDICE III - Poster “Critérios de Ativação da Equipa de Trauma no Adulto

APÊNDICE IV – Poster do Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico Adulto/Idoso ”*Formação, Investigação e Exercício Clínico*”

APÊNDICE V – EEMI e Abordagem ao Doente Crítico

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), assumindo-se como um recurso que integra, critica e reflexivamente, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em contexto de Serviço de Urgência Geral (SUG) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Este percurso foi definido e efetivado com o intuito de alcançar as aptidões enunciadas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018), assim como responder aos objetivos delineados para este ciclo de formação (ESEL, 2010). Assim, valoriza a consolidação e aplicação de conhecimentos, a capacidade de compreensão e resolução de problemas, respeitando as implicações e responsabilidades ético-sociais, a divulgação do conhecimento obtido e a promoção de uma aprendizagem ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Atualmente exerço funções num Serviço de Medicina Interna (SMI), onde diariamente me encontro em contacto com a Pessoa em Situação Crítica (PSC), maioritariamente por agudizações do seu estado geral. Julgo que me situo na transição entre enfermeira competente e enfermeira proficiente, sendo capaz de compreender as situações como partes de um todo, implementando planos de ação com tomadas de decisão holísticas e antecipando o inesperado (Benner, 2001). O Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem é situacional e descreve cinco níveis progressivos de desenvolvimento – principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito – em que o enfermeiro reconhece e responde, gradualmente, a diferentes necessidades de ação, desenvolvendo um sentido de responsabilidade em relação à pessoa cuidada, ou um sentido de atuação, que lhe permite tornar-se um elemento essencial na equipa multidisciplinar (Benner, 2001). Deste modo, o enfermeiro perito compreende a situação de cuidados como um todo, reconhecendo a aquisição de competências como um reflexo das mudanças induzidas pela experiência e pelo domínio, suportando-se num *know how* incorporado que melhora a sua atuação (Benner, 2001).

A motivação para o desenvolvimento de competências nesta área partiu da tomada de consciência da problemática da avaliação e controlo tardios da dor e das suas repercussões negativas em termos fisiológicos, metabólicos e psicossociais (Lourens et al., 2020). Além disso, a partir da minha observação e reflexão sobre o meu contexto de trabalho, e voluntariado, como bombeira voluntária, em contexto de emergência pré-hospitalar, considero que um investimento maior na minha formação na área da gestão da dor me poderia dotar de maiores competências, potenciando o meu desempenho, melhorando a qualidade dos cuidados prestados. A avaliação da dor não se encontra preconizada na avaliação primária da vítima de trauma, estando sugerido pela

Emergency Nurses Association (2013) na avaliação secundária, dando destaque a intervenções focalizadas no conforto, bem-estar e controlo algíco.

Em pré-hospitalar, maioritariamente em contexto de trauma, os ambientes não controlados, as situações caóticas e incidentes inesperados, são fatores que influenciam a avaliação tardia da dor da vítima (Fernandez et al., 2010). Avaliação esta que, associada a altos níveis de ansiedade da vítima, acaba por trazer repercussões negativas ao estado da PSC. Por esse motivo, a valorização e tratamento adequado da dor, o mais precoce possível, tornam-se imprescindíveis (Fernandez et al., 2010).

Nesse sentido, surgiu o tema “Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma: Intervenção Especializada de Enfermagem”, uma vez que considero que na procura da resposta mais adequada às suas necessidades de saúde, a avaliação e controlo da dor na pessoa vítima de trauma o mais precocemente possível irá facilitar a estabilização clínica da PSC.

A dor é um fenómeno causador de sofrimento, transversal a todos os seres humanos em algum ponto da sua vida, associado à diminuição da qualidade de vida e do bem-estar, e que acompanha a maioria das situações que requerem cuidados de saúde. É uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão, cuja perceção pode ser influenciada por vários fatores (Raja, et al., 2020; IASP, 2010;2014). É um sintoma e um sinal comum e angustiante na PSC e se não controlada coloca a pessoa em risco de inúmeras consequências fisiológicas e psicológicas adversas, podendo algumas tornar-se fatais (Payen et al., 2001). A dor, é descrita por Kolcaba (2003), como um desconforto multidimensional que inclui componentes sensitivos, cognitivos e afetivos, ocorrendo no organismo com níveis de intensidade variáveis. É uma das principais consequências do trauma, causando prejuízos significativos à vítima, constituindo-se como o maior obstáculo à satisfação da necessidade de conforto físico (Ribeiro, Barreto, Hora, & Sousa, 2011; Wilson & Kolcaba, 2004).

Tendo em conta que um dos objetivos da avaliação e controlo da dor é a promoção do bem-estar e conforto da pessoa, e sabendo que este último é descrito como “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress” (Kolcaba, 1994, p. 1178). Cuidar da PSC com dor pressupõe a garantia do seu conforto, sendo este considerado um *outcome* desejável dos cuidados de enfermagem e um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem dirigida à PSC que apresenta dor (Kolcaba, 2003).

As pessoas que se encontram em situação crítica sofrem habitualmente dor, causada quer pela situação patológica subjacente, quer pelos procedimentos de diagnóstico e tratamento a que são submetidos. A presença de dor constitui-se como um fator causador de stress para a PSC, que pode potenciar o desenvolvimento de problemas e complicações e prejudicar a recuperação (Swearingen & Keen, 2001). Dado o carácter subjetivo e multidimensional da dor, a sua correta

avaliação torna-se um desafio para os profissionais de saúde. As características da PSC tornam-na ainda mais vulnerável e exigem dos profissionais uma preocupação acrescida relativamente à sua segurança e um papel ativo na avaliação e controlo da dor (Herr, et al., 2006).

A pessoa vítima de trauma pode encontrar-se em situação crítica, sempre que as lesões resultantes das trocas de energia envolvidas se assumem graves, definindo-se como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros (OE), Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho).

Por trauma entende-se qualquer acontecimento, acidental ou intencional, que ameace a vida humana e que cause lesões ou alterações no organismo (American Trauma Society, 2011). Caracteriza-se por uma doença de alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico do organismo, provocado pela transferência de energia entre os tecidos e o meio. Causa um forte impacto na morbidade e mortalidade da população, apresentando-se como um problema de saúde pública com elevado significado, existindo aproximadamente 60 milhões de pessoas ao ano, no mundo, que sofrem algum tipo de traumatismo, levando a um em cada seis internamentos hospitalares (Ribeiro et al., 2011). As lesões traumáticas apresentam-se como uma crise global de saúde pública, com mais de 4,8 milhões de mortes por ano, e muitos mais incapacitados, sendo identificadas como a principal etiologia da dor aguda no pré-hospitalar, experienciando habitualmente as vítimas dor moderada a grave (Lourens, Parker, & Hodkinson, 2020).

O trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo, morrendo mais de nove pessoas a cada minuto devido a violência ou ferimentos, correspondendo a cerca de 5,8 milhões de mortes por ano a nível mundial devido a lesões não intencionais e violência (American College of Surgeons - Committee on Trauma [ACS-COT], 2018). Segundo os mesmos autores os acidentes de viação e de trabalho, as quedas, tentativas de suicídio e a violência interpessoal são os fatores etiológicos mais importantes no trauma. É a principal causa de morte em pessoas com menos de 44 anos de idade, sendo a sua grande maioria resultante de acidentes de viação (Gomes et al., 2008). De acordo com o Relatório Anual de Sinistralidade Rodoviária (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2020), em 2019 ocorreram em Portugal Continental 135.063 acidentes, dos quais resultaram 472 vítimas mortais e 2.288 feridos graves. Embora seja um número inferior ao verificado no ano de 2016, representa ainda um grave problema.

De acordo com Lourens et al. (2020), além de aliviar o sofrimento e permitir processos de diagnóstico e tratamento em situações agudas, o controlo da dor trás outros benefícios, como a redução de fatores psicológicos (diminuição de ansiedade), e fisiológicos da dor aguda, diminuição do risco de infeção, melhoria da satisfação do PSC e tempo de recuperação reduzido. Segundo Dißmann et al. (2018), aproximadamente 38 milhões de pessoas em toda a Europa visitam o serviço de urgência a cada ano devido a ferimentos, resultando em 5,3 milhões de

internamentos para tratamento. A dor é frequentemente a principal queixa da pessoa vítima de trauma sendo relatada por 70% das vítimas em ambiente pré-hospitalar e 91% em serviços de urgência (Dißmann et al., 2018). No entanto, o alívio inadequado da dor do trauma é frequentemente relatada por vítimas na Europa e de países de outros continentes. Por exemplo, num estudo multicêntrico efetuado nos EUA e Canadá, 74% das pessoas receberam alta do serviço de urgência com dor moderada ou intensa, o que acontece, igualmente, nos serviços de urgência europeus, relatando as vítimas alta destes serviços com dor moderada a grave (Dißmann et al., 2018).

Alguns estudos efetuam um levantamento dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes das pessoas vítimas de trauma, onde é atribuída uma grande percentagem ao défice de conforto, a seguir à manifestação de dor aguda (Sallum & Sousa, 2012). Utilizando a taxonomia da NANDA, o diagnóstico de enfermagem *impaired comfort* encontra-se presente em todas as vítimas de trauma, onde 92% das vítimas com o diagnóstico de conforto prejudicado relacionam o mesmo com a presença de dor (Sallum, dos Santos, & de Lima, 2012).

O conforto da PSC vítima de trauma, através da avaliação e controlo adequados da sua dor constitui, assim, um desafio à prática de cuidados, conceito esse reconhecido como uma preocupação crescente e uma área prioritária de investigação e intervenção (OE, 2008).

Atualmente, pelo sistema de triagem instituído (Sistema de Triagem de Manchester), a grande maioria dos doentes carece de uma avaliação primária da dor, sendo esta preponderante para atribuição da prioridade clínica e para o encaminhamento do doente para a área correspondente (Silva, et al., 2013). No entanto, a sua contínua monitorização e tratamento acabam por ser deixadas para segundo plano (Silva, et al., 2013).

No que concerne à avaliação e controlo da dor, Benner (2001, p.77) refere que “tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza” e “interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para as controlar e gerir” são competências que se enquadram no domínio da função de ajuda e que o enfermeiro perito deve desenvolver.

O presente documento tem, como já se referiu, o propósito de refletir o desenvolvimento de competências, como mestre e enfermeira especialista durante a UC Estágio no CMEPSC.

Nesse sentido, o objetivo geral deste percurso consistiu desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na PSC vítima de trauma, calendarizado em forma de cronograma, tendo sido definidos os seguintes objetivos específicos (apêndice I e apêndice II): integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a dinâmica organizacional dos contextos, SUG e UCI; prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC, em SU e UCI; prestar cuidados de enfermagem especializados na gestão da dor da PSC vítima de trauma, em SU e UCI; contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área PSC.

Assim, a metodologia de projeto utilizada na concretização deste percurso iniciou-se com a escolha de uma área temática que representa para mim uma motivação individual e profissional, com o intuito de desenvolver “capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real”, numa estreita relação entre “a teoria e prática” (Ruivo, Ferrito, Nunes, & 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), 2010, p. 3). Seguiu-se uma pesquisa sobre o que foi publicado até ao momento. Realizei inicialmente uma Revisão *Scoping*, na UC Ensino Clínico, a qual foi extremamente importante para compreender o conhecimento atual acerca do tema e de que forma me poderia auxiliar no processo de desenvolvimento de competências. Nesta revisão, foram utilizadas orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (The Joanna Briggs Institute, 2014). Foi formulada a questão de pesquisa, com base em conceitos estruturantes relacionados com a dor na vítima de trauma, tendo concluído que não existiam protocolos de revisão *scoping* nesta área. Posteriormente, iniciei a elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) na UC Ensino Clínico, tendo formulado a questão segundo o formato PICO: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da gestão da dor da pessoa vítima de trauma?”.

Após o aprofundamento dos conhecimentos sobre esta temática, seguiu-se a seleção e visita aos possíveis campos de estágio, os quais pudessem possibilitar aprendizagens significativas, numa lógica de trabalho contínuo e com base na reflexão sobre a ação. Os estágios, em contexto de UCI e no SUG, promoveram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria da qualidade, da gestão de cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019, de 6 fevereiro). Este percurso tornou-se mais enriquecedor com a partilha das vivências, experiências e dúvidas, através da realização de orientações tutoriais com a orientadora de ensino clínico, da participação em eventos científicos, bem como restantes atividades desenvolvidas ao longo do decorrer dos dois ensinamentos clínicos.

Este relatório estrutura-se, assim, em três capítulos: O primeiro sintetiza o enquadramento teórico sobre o cuidado de enfermagem especializado na gestão da dor na PSC vítima de trauma; O segundo descreve o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, considerando os objetivos definidos e a reflexão sobre as atividades implementadas; O terceiro apresenta as conclusões sobre os resultados obtidos, a análise das competências adquiridas e o seu contributo para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e para a enfermagem. Este documento foi redigido de acordo com o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (Godinho, 2020), segundo o novo acordo ortográfico e a norma APA (7ª edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Dor na pessoa em situação crítica

A dor é um sintoma e um sinal comum e angustiante na PSC e se não controlada coloca a pessoa em risco de inúmeras consequências fisiológicas e psicológicas adversas, podendo algumas tornar-se fatais (Payen et al., 2001; Stites, 2013).

A dor, quase sempre, se encontra presente na PSC e a sua manifestação pode estar relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento no SU e UCI, quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita (Swearingen & Keen, 2005). A experiência vivenciada pela PSC pode ainda ser agravada, pela dificuldade de comunicação, pelo medo e/ou ansiedade sentidos e repercute-se no seu estado geral, manifestando-se através de alterações do nível de consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e/ou psicológicas (Urden et al., 2008).

É importante compreender alguns aspetos da sua fisiopatologia, aspetos estes que justificam a manifestação da dor e as diferentes respostas/comportamentos da pessoa, relacionadas com a sua presença, para uma intervenção especializada dirigida à PSC com dor.

Como todas as sensações, a dor depende da transmissão de estímulos periféricos até ao cérebro, que os controla e os integra. Torna-se consciente (nociceção), segundo quatro processos: transdução, transmissão, perceção e modulação (Urden et al., 2008). Na transdução, quando há um estímulo que lesa os tecidos, seja ele térmico, químico ou mecânico, este estimula a libertação de substâncias químicas ou neurotransmissores (como as prostaglandinas, histamina, glutamato, substância P) que ativam os recetores nociceptivos periféricos. Posteriormente, é produzido um potencial de ação que é transmitido através das fibras nervosas nociceptivas (delta A e C) até à medula e desta, através das fibras espinotalâmicas, até ao cérebro - transmissão. A rigidez muscular surge pela atividade reflexa da medula espinal, pelo que pode ser considerada um indicador de dor, podendo levar à diminuição da expansão diagramática e consequente hipoventilação. Quando a mensagem de dor chega ao cérebro, inicia-se a perceção. Ao tronco cerebral, são atribuídas as respostas de fuga/ataque e respostas neurovegetativas, presentes nos quadros dolorosos; no tálamo, a informação dolorosa é localizada espacialmente e projetada em estruturas do sistema límbico e cortical; ao sistema límbico, cabe atribuir à dor o carácter emocional de sofrimento e desconforto; nas áreas corticais, a dor é interpretada de forma global – componentes afetiva, sensorial e cognitiva -, e concomitantemente são produzidas expressões faciais e movimentos do corpo, também eles indicadores de dor, resultantes da transmissão desta, ao córtex motor. No processo de modulação da dor, é libertado pelo SNC, opiáceos endógenos (as beta-endorfinas, encefalinas e dinorfinas), que se ligam aos recetores opiáceos, inibindo a transmissão da dor e produzindo analgesia (Swearingen & Keen, 2005; Urden et al., 2008).

Importa salientar que, embora existam vários tipos de dor, quando falamos da PSC, devido à patologia que motivou o internamento e aos inúmeros procedimentos invasivos e não invasivos a que está sujeita, falamos maioritariamente de dor aguda, o que direciona, de forma distinta, a intervenção de enfermagem, relativamente à pessoa com dor crónica, isto é, se num doente com dor crónica o objetivo pode passar por dotar o indivíduo de estratégias que lhe permitam autocontrolar a sua dor, na PSC com dor aguda, pretende-se atuar diretamente sobre a dor, aliviando os seus sintomas, de forma a proporcionar conforto à pessoa e diminuir as complicações resultantes da sua presença, tais como o aumento da instabilidade e consequente risco, maior sofrimento, maior probabilidade da transformação da dor aguda em dor crónica e como tal, um aumento dos custos em saúde (Raja, et al., 2020).

A dor aguda está habitualmente relacionada com um acontecimento patológico, é autolimitada e possui uma importante função fisiológica de aviso, existindo claramente uma resposta do organismo a um agente agressor, o que se traduz numa necessidade de vigilância sistemática; tem um início repentino e uma duração transitória (Howard & Steinmann, 2011).

O não controlo da dor repercute-se no estado geral do indivíduo (Urden et al., 2008). Assim, o controlo da dor, para além de contribuir para o aumento do conforto, estabilidade e bem-estar da PSC, contribui também para uma maior humanização e qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Cuidar da PSC com dor, pressupõe a garantia do conforto, sendo este considerado como um *outcome* multidimensional desejável dos cuidados de enfermagem, e ao mesmo tempo um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem dirigida àquela PSC em particular, que apresenta dor (Kolcaba, 2003; Parker, 2001; Tomey & Alligood, 2002, 2004).

Dado o seu carácter subjetivo e multifatorial, a avaliação e controlo da dor assume-se como um desafio para os profissionais de saúde. Nas PSC, este desafio torna-se mais complexo (Ahlers et al., 2008), dado que frequentemente se encontram incapazes de comunicar eficazmente, como resultado de uma alteração do estado de consciência, *delirium* ou dificuldade em falar devido à presença do tubo orotraqueal (Sessler, 2009).

1.2. Abordagem à Pessoa em Situação Crítica Vítima de Trauma

A abordagem à PSC vítima de trauma assume uma importância fulcral em qualquer sistema nacional de saúde. À semelhança de outros contextos de saúde emergentes como os acidentes vasculares cerebrais (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM) e sépsis, priorizadas no atendimento por uma “via verde” (VV), as situações de politraumatismo, atendendo ao impacto que exercem na saúde do indivíduo e família, assumem também, uma necessidade emergente ao nível do atendimento de forma sistematizada e organizada, promovendo assim, a rápida recuperação da pessoa e família. O cuidar da PSC vítima de trauma, assume assim uma necessidade fundamental na priorização de cuidados de enfermagem e na identificação de diagnósticos vividos pela pessoa e família.

Por trauma entende-se qualquer acontecimento, accidental ou intencional, que ameace a vida humana e que cause lesões ou alterações no organismo (American Trauma Society, 2011). A pessoa vítima de trauma apresenta lesões que resultaram da força e movimentos envolvidos durante o incidente, de acordo com a gravidade das lesões muitas vezes é considerada PSC. Considera-se PSC *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2018).

Ao longo do tempo surgiu a necessidade de cuidar da pessoa vítima de trauma através de abordagens rápidas, sistemáticas, universais, utilizando uma linguagem comum entre os elementos da equipa interveniente (ACS-COT, 2018), sendo implementada uma metodologia formativa específica para a enfermagem, na perspetiva de adequar o processo de enfermagem à PSC vítima de trauma. Desenvolveu-se assim os cursos de Advanced Trauma Care Nurse (ATCN), que constituíram subsídios fundamentais para a aquisição de competências específicas nesta área do trauma (American College of Surgeons, 2012). Identificam a metodologia de intervenção baseada na mnemónica “ABCDE” como um modelo sequencial e organizado de medidas específicas de avaliação e intervenção, e devem ser adotadas pelos profissionais de saúde a todas as vítimas de trauma: A: (airway) vias aéreas com proteção da coluna cervical; B (breathing) respiração e ventilação; C (circulation) circulação e controle de hemorragia; D (disability) estado neurológico; E (exposure) exposição/ controlo ambiental: despir completamente o paciente, com atenção na prevenção da hipotermia. Em 1978 o *American College of Surgeons* realizou nos EUA o primeiro curso de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) e a *Society of Trauma Nurses* (STN) veio mais tarde juntar-se a este projeto com a formação em *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN). Igualmente, a *Emergency Nurses Association* (ENA), desenvolveu o *Trauma Nursing Care Course* (TNCC) que apresenta orientações para cuidar da pessoa vítima de trauma nos serviços de urgência.

O ACS-COT (2018), descreve uma distribuição trimodal das mortes, identificando três períodos ou picos para a sua ocorrência. O primeiro pico surge segundos ou minutos após o traumatismo, resultando as mortes geralmente de apneia secundária, lesão cerebral traumática grave, lesões medulares altas ou ruptura cardíaca, da aorta ou outros grandes vasos. Poucas são as vítimas salvas nesta fase devido à gravidade das suas lesões. Este pico representa cerca de 50% de todas as mortes e poderão ser evitadas através de medidas preventivas dos acontecimentos traumáticos, já que nestes casos a morte é inevitável devido à gravidade das suas lesões (ACS-COT, 2018).

O segundo pico representa cerca de 30% e ocorre entre minutos a várias horas após a ocorrência de lesão. As mortes que ocorrem dentro deste período devem-se a hematomas subdurais e epidurais, hemopneumotórax, fraturas da bacia, rupturas do baço, lacerações do fígado, ou lesões múltiplas associadas a perda de sangue significativa (ACS-COT, 2018). É neste pico que se verifica a necessidade das equipas de pré-hospitalar intervirem rápida e precocemente (*Golden Approach*) com o objetivo de tratar as lesões ameaçadoras à vida antes da transferência para o centro de trauma, reduzindo desta forma a mortalidade (Gomes et al., 2008). A *Golden Hour*, é o período de tempo em que os profissionais de saúde que prestam o socorro devem detetar e corrigir as lesões que coloquem em risco imediato a vida da pessoa vítima de trauma, não agravando o estado clínico da mesma, tendo o seu início no momento em que ocorre o acidente (ACS-COT, 2018). A solução passa pelo desenvolvimento de sistemas de trauma e pela formação específica dos profissionais, já que a abordagem à pessoa vítima de trauma depende da capacidade de resposta da equipa em intervir de forma sequencial e hierarquizada, com ênfase na estabilização e manutenção das funções vitais, tornando-se assim fulcral a intervenção rápida e de qualidade, garantindo que o resultado será o mais otimizado possível (ACS-COT, 2018; Gomes et al., 2008).

O terceiro pico ocorre até dois dias após o acontecimento traumático, ocorrendo a mortalidade essencialmente devido a lesões cerebrais e não tanto a hemorragia (ACS-COT, 2018).

No entanto, um estudo realizado em Portugal, veio demonstrar que, tendo em conta o avanço tecnológico e o sistema de trauma pré-hospitalar implementado no nosso país, com médicos e enfermeiros a realizarem a estabilização clínica no local (*stay and play*) ao invés do encaminhamento rápido para o hospital (*scoop and run*), a mortalidade tem uma distribuição tetramodal (Gomes et al., 2008).

Desta forma, o quarto pico ocorre entre vários dias a semanas após a ocorrência do evento traumático e encontra-se geralmente relacionada com a infeção e falência multiorgânica, devendo-se dar ênfase a um precoce diagnóstico, gestão e planeamento de cuidados (Gomes et al., 2008). O desenvolvimento e investimento nos sistemas de trauma, equipas de trauma de pré-hospitalar, no serviço de urgência e a implementação de medidas de controlo de infeção em Unidades de Cuidados Intensivos constituem-se como a melhor forma de minimizar este pico de

mortalidade (ACS-COT, 2018; Gomes et al., 2008).

De acordo com a filosofia ATCN e TNCC implementadas respetivamente pela STN e pela ENA, a avaliação primária das vítimas de trauma é realizada utilizando a sequência ABCDE. Esta avaliação permite identificar os problemas que exigem intervenção imediata e estabelece a prioridade dos tratamentos a efetuar (Thim, et al., 2012).

Na avaliação secundária, a ENA (2014) sugere a utilização da mnemónica FGHI no curso TCNN (F – Avaliação de parâmetros vitais [*Full Vital Signs*], intervenções focalizadas e presença da família [*Family*], G – promover conforto [*Give Comfort*], H – Holística e I – Inspeção das superfícies posteriores). Por sua vez esta avaliação pormenorizada e sistematizada permite identificar todas as lesões presentes, prestar apoio emocional e atualizar a história clínica da pessoa (ENA, 2014).

A abordagem à PSC vítima de trauma exige recursos humanos e materiais altamente diferenciados, que pelo seu elevado custo e especificidade estão apenas disponíveis em Centros de Trauma (Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto).

Com a evolução da medicina e com os progressos dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares, maioritariamente devido às equipas altamente treinadas do Instituto Nacional de Emergência Médica, a mortalidade e morbidade relativas ao trauma têm vindo a diminuir em Portugal nas últimas décadas, no entanto, e apesar de todos os esforços, os resultados nas vítimas de trauma são ainda pouco consistentes e apresentam lacunas, permitindo que a taxa de mortalidade por acidente em Portugal seja ainda o dobro da de outros países europeus (Ordem dos Médicos, 2009).

Assume-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados de qualidade, devidamente fundamentos no regulamento da OE (2011), ou seja: identificar o mais rápido possível de forma precisa e holística as respostas humanas da PSC por trauma, ser capaz de executar e avaliar intervenções que visam melhorar os problemas e evitar os efeitos indesejados; possuir rigor técnico/científico na implementação do processo de enfermagem; gerir e implementar protocolos de terapêutica complexa e outras medidas para alívio da dor; atuar na prevenção e controlo da infeção; ser capaz de referenciar para outros profissionais da equipa multidisciplinar; ser responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica, e implementar técnicas de comunicação interpessoal com a pessoa e família alvo de cuidados.

A DGS (2010) emanou uma circular normativa - “Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado”, que recomenda a todos os serviços de urgência uma organização para o atendimento ao doente politraumatizado, e de uma forma sucinta, define os cinco requisitos cumulativos fundamentais:

1. Critérios de Ativação da Equipa de Trauma (Triagem) tendo em conta os sinais vitais, nível de consciência e tipo de lesão;
2. Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido;

3. Registos;
4. Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos), baseada na nomenclatura ABCDE;
5. Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora), observação sistematizada da cabeça aos pés.

É de salientar ainda, que o documento indica o número de dotações de enfermeiros necessários em cada um dos diferentes níveis de serviços de urgência, referindo ainda algumas formações específicas necessárias nomeadamente o Curso de Suporte de Vida em Trauma (ATCN) para enfermeiros.

O enfermeiro com conhecimentos aprofundados na abordagem diferenciada da pessoa vítima de trauma é parte integrante da equipa de trauma (Thim, et al., 2012), sendo este muitas vezes o responsável pela coordenação de cuidados e qualidade dos mesmos.

Uma das principais consequências do trauma é a dor que causa prejuízos significativos à PSC. Entre as dores agudas, a dor no trauma é a menos investigada, o que parece contraditório, visto o grande número de vítimas de acidentes e violências, eventos causadores de dores intensas (Calil & Pimenta, 2005).

1.3. Intervenções de enfermagem promotoras do conforto

O controlo da dor torna-se prioritário, influenciando a estabilidade clínica da PSC, sendo defendido que a dor deve ser equiparada ao 5º sinal vital, pela sua necessidade de monitorização e vigilância sistemática, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas (DGS, 2003; OE, 2008). A gestão da dor engloba assim, a avaliação, monitorização e o seu controlo através da correção das complicações relacionadas com a mesma, da educação da pessoa e da família e documentação de todas as intervenções realizadas (Yüceer, 2011; Internacional Council of Nurses, 2010).

Sendo a dor, portanto, equiparada a um sinal vital, a sua avaliação e registo têm de ser feitos de forma regular e contínua, de forma a otimizar a terapêutica, melhorar a qualidade de vida da PSC e dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde (DGS, 2003). Simultaneamente, Costa, Santos, Alves e Costa (2007) defendem que essa mesma avaliação deve ser completa, incluindo uma caracterização rigorosa que inclua a intensidade, localização, tipo de dor, início, duração e a variação ao longo do dia, fatores de alívio ou agravamento e sintomas associados. A este conjunto de dados recolhidos podemos chamar “história da dor” (Batalha, 2016).

A monitorização constante da dor é um fator fundamental no sucesso da sua gestão. Assim, o primeiro desafio no combate à dor é a sua correta avaliação (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion & Puntillo, 2004). A dor deve ser avaliada e registada uma vez no turno, inclusive quando

não existe o diagnóstico de dor e sempre que se observem sinais sugestivos de dor intensa, tais como alterações comportamentais, agitação ou alteração dos sinais vitais (Batalha, 2016). Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2012), a dor deve ser avaliada e monitorizada em todas as PSC uma vez no turno, no início deste e/ou antes da execução de um procedimento doloroso. Neste caso, a sua avaliação e monitorização deve ser ainda efetuada durante o referido procedimento, 15 minutos após o mesmo e reavaliada 30 minutos após implementação da intervenção para o seu alívio. Após a avaliação da dor deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais e privilegiar a autoavaliação na PSC consciente e com funções cognitivas mantidas (SPCI, 2012). Na PSC, para uma adequada gestão da dor é recomendado que esta seja monitorizada em todos os doentes e de uma forma sistemática (Barr et al., 2013). Sempre que possível, deve ser o próprio doente a autoavaliar e a caracterizar a sua dor, sendo considerado o *golden standard* (Barr et al., 2013), dada a subjetividade de que a dor é dotada, a caracterização feita pela própria pessoa é considerado o método mais fiável de avaliação.

Quanto à escolha dos instrumentos de avaliação e seguindo as recomendações da OE (2008), deve atender-se “*ao tipo de dor, à idade da pessoa, à sua situação clínica, às propriedades psicométricas, aos critérios de interpretação, à escala de quantificação comparável, à facilidade de aplicação, à experiência de utilização em outros locais*”. Por conseguinte, “*a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente*”(OE, 2008). A mesma entidade afirma que a “*efetividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor*” (OE, 2008). Existem várias escalas, validadas, que permitem a avaliação da dor de forma objetiva, nomeadamente: Escala Visual Analógica (EVA) (DGS, 2003), Escala de Avaliação Numérica (EAN) (DGS, 2003), Escala Qualitativa (para autoavaliação) (DGS, 2003), Escala de Faces Wong Baker (Batalha, 2010), Escala de Faces Revista (Batalha, Reis, Costa, Carvalho & Miguens, 2009), Doloplus, (para dor crónica, em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas) (Guarda, 2007), PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia* (todos os tipos de dor, em idosos com demência) (Batalha, Duarte, Rosário, Costa, Pereira & Morgado, 2012), Questionário MPQ – *MacGill Pain Questionnaire* (para dor crónica, também aplicável à dor aguda, em pessoas com idade igual ou superior a 10 anos) (Pimenta & Teixeira, 2020), Inventário BPI – *Brief Pain Inventory* (para dor crónica, em pessoas com idade igual ou superior a 10 anos) (Azevedo, Pereira, Dias, Agualusa, Lemos, Romão, et al., 2007), Régua da Dor, *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) (Gélinas, Filion, Puntillo, Viens & Fortier, 2006), *Behavioral Pain Scale* (BPS - a BPS, que inclui três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória) (Payen, 2001; Batalha, Figueiredo,

Marques & Bizarro, 2013); *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) (Batalha & Mendes, 2013). De acordo com a literatura, as escalas *Behavioral Pain Scale* (BPS), CPOT e *Behavioral Pain Assessment Sacel* (BPAS) são as mais adequadas para avaliação da dor nos doentes de cuidados intensivos (Marques, 2009; Paulus et al., 2013). Tendo em conta que a BPS só deve ser utilizada em PSC ventiladas, considera-se que em alguns doentes críticos não ventilados e com alterações de consciência e comunicação, a monitorização da dor está comprometida, existindo em simultâneo uma ausência de indicadores de qualidade, no âmbito da prestação de cuidados à PSC com dor (Teixeira & Durão, 2016).

No que respeita ao que a evidência refere como indicadores de dor, são citados na literatura, a variação do diâmetro pupilar, a elevação de 1 valor no score da BPS, bem como a assincronia do ventilador (Paulus et al., 2013), a expressão facial (Odhner et al., 2003) e a inquietude e movimentos do corpo (Haslam, Dale, Knechtel & Rose, 2012). Em PSC sedadas, a avaliação do diâmetro pupilar, pode ser indicadora da qualidade da analgesia (Paulus et al., 2013). Uma variação do diâmetro pupilar igual ou superior a 5%, durante uma estimulação tetânica de 20mA, é altamente indicadora de uma analgesia insuficiente para a aspiração endo-traqueal, devendo ser administrados bólus de analgesia antes deste procedimento (Paulus, et al., 2013).

Almeida (2015), referencia determinadas barreiras à avaliação da dor: a própria presença de dor, uma vez que reduz o grau de atenção da pessoa e dificulta a comunicação; o estado mental da pessoa, designadamente o grau de ansiedade, pois pode reduzir a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação; a confusão, que pode dever-se ao próprio estado fisiológico da PSC (hipóxia, hipovolemia, hipotensão arterial, hipoglicémia, desequilíbrios eletrolíticos, efeitos adversos de alguns medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central), alterações na alimentação e no estado de nutrição, transformações ao nível do ambiente e da rotina do PSC, traumatismo e/ou faixa etária da pessoa; estado físico do doente, a escassez de tempo, o uso de linguagem técnica; a cultura, pois é um fator influenciador da valorização e da expressão da dor; o ambiente, designadamente a presença de ruído, interrupções frequentes, falta de privacidade; a imperícia na aquisição da história clínica da PSC. Apesar destas barreiras, é imperiosa uma boa gestão e avaliação da dor da PSC, por parte dos profissionais de saúde, em particular pelos enfermeiros.

É esperado pelos doentes, o alívio rápido da dor, no entanto, isso muitas vezes não é cumprido. Deixar de controlar a dor da PSC pode levar à deterioração do seu estado físico e da sua saúde mental (Cunha et al., 2020). Cunha *et al.* (2020), afirma que a dor descontrolada pode levar ao aumento do consumo de analgésicos, bem como a complicações da doença e tratamento.

Devemos ainda ter consciência que a presença de dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar, implicando partilha de responsabilidades entre os vários elementos da equipa. A multidisciplinaridade é uma condição essencial na promoção do conforto da pessoa (Kolcaba, 2003).

O termo conforto é com alguma frequência utilizado nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros, estando habitualmente relacionado com a dimensão física da pessoa (Apóstolo, 2009). De acordo com o autor apesar do consenso sobre a sua centralidade na e para a enfermagem, o conceito transcende esta dimensão.

Katharine Kolcaba desenvolveu a Teoria do Conforto que assenta no cuidado holístico do doente, definindo o conforto como um resultado holístico, uma vez que se entende como sendo um estado dinâmico e multifacetado das pessoas (Kolcaba, 1994).

De acordo com a teoria de Kolcaba (1994) o conforto pode ser classificado em três tipos: alívio, tranquilidade e transcendência: alívio remete-nos para a experiência de ver uma necessidade específica satisfeita; tranquilidade é definida como um estado de calma ou contentamento, condição necessária para um desempenho eficiente; transcendência é o estado no qual alguém suplanta os seus problemas ou sofrimento. O conforto apresenta ainda uma dimensão que corresponde aos quatro contextos em que o conforto pode ser experienciado: físico, psico-espiritual, ambiental e social. Quanto ao contexto físico entende-se que enquadre as sensações corporais, o psico-espiritual é pertencente à consciência interna do *self*, incluindo a auto estima, sentido atribuído à vida, a relação de alguém com um ser superior. O contexto ambiental corresponde ao meio e às condições externas como a luz, o ruído e a temperatura. E o contexto social refere-se às relações interpessoais, familiares e papel na sociedade.

O conforto pode ser presumido, quer como um *outcome* desejável dos cuidados de enfermagem, quer como um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem junto da pessoa vítima de trauma com dor. As intervenções que o promovem, consideram a importância da gestão da dor e prevenção de complicações, pelo que o enfermeiro tem responsabilidade na deteção de necessidades, considerando o autorrelato ou indicadores comportamentais ou de observação e recorrendo à utilização de instrumentos para monitorização (Kolcaba, 2003).

A vigilância e monitorização contínua da PSC vítima de trauma com dor tornam-se cruciais de forma a operacionalizar a intervenção de enfermagem na promoção do conforto e prevenção de complicações, detetando mudanças significativas no estado clínico, antecipando a deterioração desse estado, pela compreensão de sinais e comportamentos, para que se possam definir estratégias de tratamento (Benner, 2001).

Ainda que a relação entre gestão da dor e conforto seja complexa, Kolcaba (2003) refere que o conforto é um termo lato onde a eficaz gestão da dor está incluída, sendo uma parte significativa desse conforto. Contrariamente ao conforto, a dor é descrita pela autora como um desconforto multidimensional que inclui componentes sensitivos, cognitivos e afetivos, referindo ainda que é uma sensação específica que ocorre no organismo com níveis de intensidade variáveis. O conforto é considerado uma causa ou um efeito do alívio do desconforto, um estado de tranquilidade e satisfação pacífica. Deste modo, para proporcionar conforto é necessário aliviar a dor, pois “o controlo e ausência de dor é considerado, muitas vezes, sinónimo de conforto,

enquanto a presença e sensação de dor descreve, variadas vezes, o sentido da palavra desconforto” (Apóstolo, Antunes, Mendes, & Castro, 2012). Para Kolcaba, os enfermeiros oferecem cuidados reconfortantes de forma intuitiva, no entanto não documentam os seus efeitos sobre as pessoas cuidadas como sendo um cuidado de conforto aprimorado (Smith & Parker, 2015). Falta assim o reconhecimento de que os cuidados de enfermagem podem ser intervenções reconfortantes.

Desde cedo que surgiu a preocupação de tentar dar resposta às necessidades da pessoa vítima de trauma, nomeadamente ao nível do conforto, tal como fazem referência Proctor, Morse, & Khonsari (1996). O referido artigo sublinha a relevância de uma comunicação promotora de conforto como forma de manter o doente concentrado, suportando com maior efetividade a dor associada às lesões e aos procedimentos médicos invasivos. Alguns estudos efetuam um levantamento dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes das pessoas vítimas de trauma, onde é atribuída uma grande percentagem ao défice de conforto, a seguir à manifestação de dor aguda (Sallum & Sousa, 2012). Utilizando a taxonomia da NANDA, o diagnóstico de enfermagem *impaired comfort* encontra-se presente em todas as vítimas de trauma, onde 92% das vítimas com o diagnóstico de conforto prejudicado relacionam o mesmo com a presença de dor (Sallum, dos Santos, & de Lima, 2012). Logo, perante o explicitado, a ENA (2014) prioriza a implementação de medidas de conforto na abordagem da pessoa vítima de trauma grave após a avaliação inicial e a implementação de medidas de SAV, com vista ao controlo da dor e alívio do desconforto físico e psicológico. A dor na PSC vítima de trauma é altamente prevalente. De acordo com Mota *et al* (2019), os estudos mais recentes referem que 70% das pessoas vítimas de trauma revelam dor aguda no pré-hospitalar. E esta dor persiste como um problema na PSC vítima de trauma, desde o pré-hospitalar à UCI. A PSC vítima de trauma é submetida a procedimentos invasivos e não invasivos passíveis de provocar desconforto físico e psicológico, nomeadamente a presença de colar cervical, de plano duro, a remoção da roupa, colocação de acesso venoso, algaliação, entubação oro/nasogástrica, entre outros (Wright, 2011). A colocação de um plano duro insuflável é o suficiente para se reduzir significativamente o desconforto associado à dor e diminuir o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (Edlich et al., 2011).

Como qualquer PSC, a pessoa vítima de trauma, pode ter alteração do estado consciência, por diversas razões, nomeadamente, traumatismo craneoencefálico (TCE), hipoxia, hipovolémia, por necessitar de intervenções que podem passar por sedação num contexto de agitação psicomotora, dor aguda ou necessidade de ventilação invasiva, constituindo-se por este motivo um desafio, para os profissionais de saúde, dar resposta às necessidades de conforto da PSC, quando estes não se conseguem manifestar verbalmente (Grap et al., 2012; Grossbach, Chlan, & Tracy, 2011). Os enfermeiros, como profissionais de saúde que se encontram mais próximos das PSC e que dispõem, com elas, maior tempo de contacto, são aqueles que se encontram numa posição privilegiada para intervir ativamente na adequada gestão da dor. É fundamental a

implementação de “estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes [que] são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional” (OE, 2008, p.11). Todos os profissionais envolvidos no cuidar da PSC com dor devem ter preocupação na avaliação da dor, na identificação de áreas de melhoria, na definição de planos de melhoria, tais como a implementação de escalas adequadas a cada pessoa e situação e a formação dos profissionais de forma a melhorar a prática baseando-se na evidência disponível (Glowacki, 2015).

Nesse sentido, a OE divulgou em 2008 o caderno “Dor – Guia Orientador das Boas Práticas”, de forma a reforçar a capacidade de decisão dos enfermeiros e promover a qualidade dos cuidados (OE, 2008). Avaliar e controlar a dor torna-se uma obrigação ética e moral dos enfermeiros, sendo “*a desvalorização da dor do outro um erro ético no conforto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional*” (OE, 2008). A gestão da dor envolve não só a avaliação e monitorização, como também a implementação de intervenções interdependentes e autónomas, farmacológicas e não-farmacológicas (Ferreira et al., 2014). Várias são as intervenções que podem ser implementadas no sentido de diminuir ou tratar a dor das pessoas que cuidamos, quer sejam interdependentes quer sejam autónomas. As intervenções interdependentes são as “ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum (...) decorrentes de prescrições ou orientações previamente formalizadas” (OE, 2012). Neste quadro de intervenções inclui-se a administração da terapêutica farmacológica analgésica prescrita pelos médicos, cabendo aos enfermeiros avaliar a sua necessidade, identificar os seus efeitos e reações adversas e monitorizar eficácia. Como intervenções autónomas consideram-se aquelas que são “realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” (OE, 2012).

Barr, et al. (2013) recomendam que o controlo da dor, nas PSC em UCI, pode ser facilitado ao identificar e tratar a dor precocemente, ao invés de esperar que esta se torne severa. Assim, é aconselhável a implementação de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas, antes de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos. As intervenções implementadas, com vista ao adequado controlo da dor, permitem obter como resultado associado um aumento do conforto na PSC. Desta forma, na prestação de cuidados à PSC com dor, as medidas de conforto não devem ser dissociadas. Puntillo (2005) refere o aumento do conforto como sendo um dos principais objetivos de avaliar e tratar a dor e Walder e Tramèr (2004) salientam que, assegurar níveis ótimos de conforto, é das primeiras razões para a implementação de uma adequada sedação e analgesia.

No que diz respeito às intervenções farmacológicas estas podem ser divididas de acordo com a categoria de ação dos fármacos, sendo considerados os opióides fracos e fortes, os não opióides (anti-inflamatórios não esteroides) e os adjuvantes, de que são exemplo os anti-

convulsivantes, antidepressivos tricíclicos, corticoides, reguladores do metabolismo do cálcio, relaxantes musculares, ansiolíticos e antiespasmódicos (Park & Kim, 2014). No SU, os fármacos mais utilizados para o alívio da dor são os analgésicos (paracetamol), os anti-inflamatórios (diclofenac e metamizol), e os opióides (fentanil). O uso de opióides, como a morfina, é reduzido no setor de emergência, principalmente devido ao estigma da dependência associado à essa droga e ao desconhecimento e receio desse medicamento pelos profissionais de saúde (Ribeiro, 2011). A escolha do fármaco a utilizar e a sua via de administração depende dos recursos disponíveis, do tipo de dor que a PSC apresenta e da resposta individual habitual aos diferentes fármacos (Urden et al., 2014). A intervenção farmacológica pela parte do enfermeiro é descrita na literatura como fundamental na gestão da dor na PSC vítima de trauma, subsequente da avaliação da dor sustentada em escalas de auto e hétero avaliação, administração, vigilância e segurança da terapêutica analgésica (Papathanassoglou et al, 2018; Polomano et al., 2017). De acordo com Polomano et al. (2017), a abordagem farmacológica por si só é ineficaz na gestão da dor na PSC vítima de trauma, admitindo-se que a gestão eficaz da dor requer uma abordagem permanentemente combinada.

Podemos ainda considerar o uso de intervenções não-farmacológicas. Estas podem ser benéficas para a PSC com dor na medida em que não possuem efeitos secundários e demonstram eficácia na gestão da dor. Não devem ser utilizadas como única forma de tratamento, mas sim como uma estratégia complementar às intervenções farmacológicas (OE, 2008; Urden et al., 2014). Um estudo revelou que o aumento do uso de intervenções não-farmacológicas com métodos básicos de conforto (por exemplo, o posicionamento, o controlo de temperatura, o uso de gelo e a música), em doentes durante o período peri operatório permitiu melhorar a gestão da sua dor (Hayes & Gordon, 2015). O investimento em intervenções não farmacológicas, dado serem um procedimento acessível e mais económico é um caminho a seguir (Gélinas, Arbour, Michaud, Robar, & Côté, 2013). As medidas não farmacológicas na gestão da dor da PSC vítima de trauma que foram identificadas, podem ser subdivididas em três grupos: intervenções físicas (aplicação de calor/frio, massagem, mobilização, imobilização de fraturas, elevação das extremidades (quando indicado), exercício) e intervenções cognitivo - comportamentais (técnicas de distração e relaxamento, musicoterapia, imaginação guiada) e de suporte emocional (toque terapêutico, escuta ativa, presença de familiares/amigos e conforto) (Hsu, Chen & Hsieh, 2016; Mota et al., 2019; Papathanassoglou et al., 2018; Weinberg, Ross & Van Aswegen, 2018), que previnem a receção de dor, diminuem a sua perceção ou modificam a reação do doente à dor. As intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, devem ser implementadas autonomamente pelos enfermeiros, isoladamente ou em complementaridade com a terapêutica farmacológica. Este tipo de intervenções pode também ser dirigido a uma diminuição do stress e da ansiedade, tendo em consideração que a dor intensa pode aumentar o stress e, por sua vez, o stress pode aumentar a perceção da dor (Aitken & Elliott, 2012).

As intervenções físicas podem ser utilizadas de forma isolada ou em complementaridade com outras medidas ou técnicas. São entendidas no âmbito da estimulação cutânea, promovendo o alívio da dor em consequência do relaxamento fisiológico, ativação de mecanismos inibidores da dor, atuando principalmente no bloqueio ou diminuição da transmissão de impulsos dolorosos (Eler & Jaques, 2008).

A crioterapia preconiza a aplicação de frio sobre a área da lesão e exclui-se a sua utilização em situações de compromisso da integridade cutânea. O frio inibe a sensação da dor, através da vasoconstrição, reduzindo o metabolismo celular e o processo inflamatório, reduzindo por este motivo, a crioterapia, a necessidade de incrementar a escada analgésica (Polomano et al., 2017). A aplicação de calor ou frio, através de “estimulação cutânea (...) pode contribuir para o alívio da dor” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 53), em que a aplicação de calor “promove o relaxamento muscular e uma sensação de conforto. (...) reduz a tensão muscular” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 54), e a aplicação de frio provoca uma redução da inflamação. Completando Eler e Jaques (2008), tecnicamente, define esta técnica como Termoterapia. Este método promove, a vasodilatação e vasoconstrição concomitante; aumento do suprimento de oxigênio e nutrientes, estimula a cicatrização e reparação dos tecidos; o relaxamento muscular; a analgesia por redução de inflamação local e conseqüentemente a estimulação nervosa, promovendo um decréscimo na ativação do sistema nervoso periférico e central e, conseqüentemente, redução da dor. O calor pode ser aplicado sobre a localização da dor através de: sacos de água quente, compressas humedecidas e imersão, com temperatura entre 40° a 45°C, durante 20 a 30 minutos, várias vezes ao dia. No entanto, é um método contraindicado sempre que exista: infecção e hemorragia ativa sobre o local do tumor (em caso de neoplasias), traumatismos agudos e insuficiência vascular. É importante vigiar a temperatura, colocar proteção (toalha) entre a fonte de calor e a pele, observar alterações na coloração e aspeto da pele e não ultrapassar o tempo recomendado (Pimenta, 2000). Por outro lado, a aplicação do frio, é uma técnica vasoconstritora conhecida desde a antiguidade, particularmente como facilitadora da hemóstase. As propriedades analgésicas foram largamente estudadas no início do século XX. Segundo Pimenta (2000), o frio pode ser aplicado na região do corpo com dor, durante 10 a 15 minutos, ao longo do dia, através de: sacos de água fria, sacos de gelo, cilindros gelados, toalhas geladas, compressas frias e imersão em água fria. Durante a sua aplicação deve-se colocar uma proteção entre a fonte fria e a pele (toalha), vigiar alterações na coloração e aspeto da pele, não ultrapassando o tempo de exposição recomendado. Esta técnica está contraindicada em caso de pessoa portadora de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência. As técnicas de distração devem ser ponderadas segundo o estado de consciência, condição física e hemodinâmica da PSC vítima de trauma. Baseia-se na solicitação de tarefas cognitivamente mais exigentes para afastar a atenção da dor (Polomano et al., 2017). A massagem terapêutica proporciona a gestão da dor através da indução do relaxamento físico e mental, promovendo a libertação de endorfina. É possível

observar pela massagem terapêutica, o seu impacto fisiológico, através da diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial, redução dos níveis de cortisol e noradrenalina e redução da atividade dos neurónios alfa-motores (Papathanassoglou et al., 2018; Polomano et al., 2017). É definida como o “ato de massajar e pressionar partes do corpo” (OE, 2008), que tem como objetivos: facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular. É uma terapia antiga e holística, que promove sensação de bem-estar psicológico e, conseqüentemente, o alívio da dor. Melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático, relaxa a musculatura no local da sua aplicação, dando sensação de conforto e de bem-estar à PSC. “Existe um amplo consenso em enfermagem de que uma boa massagem tem igualmente efeitos benéficos sobre o sistema nervoso, permite a recuperação física e psíquica em simultâneo, ajuda a tomar consciência das tensões e a melhorar a comunicação” (Sousa, 2009, p.235). No entanto, Almeida e Duarte (2000), alertam que a massagem está contraindicada em pessoas com doenças dérmicas, na presença de tumores, cicatrizes recentes ou feridas abertas, em zonas adjacentes a fraturas recentes, em articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há sinais de compromisso circulatório. A alternância de decúbitos/posicionamentos pode “aliviar a pressão das proeminências ósseas ou áreas edemaciadas (...) pode promover aceleração da circulação, relaxamento muscular conforto generalizado” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 55). Segundo a OE (2008, p. 50), o exercício diz respeito a “movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada à dor e inatividade”. A imobilização de fraturas, como por exemplo a imobilização do vollet costal, na pessoa com traumatismo torácico fechado, é caracterizado como fundamental para o controlo da dor e conseqüente promoção da mobilização precoce da PSC vítima de trauma.

As intervenções comportamentais dizem respeito ao foro intelectual e psicossocial. O relaxamento é uma medida em que existe “combinação de métodos físicos e comportamentais” (Kazanowski & Lacetti, 2005), estando relacionada com a interação entre dor, tensão muscular e ansiedade. Conforme Eler e Jaques (2008), um doente com dor apresenta geralmente sentimentos de apreensão e medo, levando-o à tensão muscular que, por sua vez, piora o quadro doloroso. O relaxamento promove a diminuição destes fatores, sobretudo da tensão muscular, melhorando o quadro doloroso, pois a contração muscular contribui para a exacerbação da dor. Os estados de medo e ansiedade muitas vezes mencionados pela PSC vítima de trauma, possuem um grande impacto psíquico e fisiológico, tornando importante a presença de familiares, amigos ou outras pessoas significativas. O acompanhamento por parte da pessoa de referência contribui para a redução do estado de ansiedade e medo com impacto nos níveis de dor mencionados por estas PSC vítimas de trauma (Hsu, Chen & Hsieh, 2016). A musicoterapia é caracterizada como eficaz na diminuição nos níveis de dor e ansiedade, baseado na Control Gate Theory. É descrita como uma técnica de distração capaz de estimular o hipotálamo e o sistema límbico, colaborando para a secreção de endorfinas que estão na origem de sentimentos de prazer e bem-estar, resultando na

diminuição da dor (Hsu, Chen & Hsieh, 2016). É uma medida simples que não requer concentração ou participação ativa da PSC para ser efetivada (Tracy & Chlan, 2011), podendo esta “induzir relaxamento, moderar as emoções e resultar na redução da dor” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 59). Eler e Jaques (2008), reforçam os benefícios deste tipo de intervenções na dor e na insónia. A imaginação guiada é um método cognitivo que modifica padrões cognitivos mal-adaptados, com subsequente redução à resposta autónoma e diminuição da tensão muscular, além de que, atua como uma distração, reduzindo a sensação dolorosa por bloqueio da informação nociceptiva. O enfermeiro pode dispor desta medida que consiste na combinação de respiração lenta e ritmada, com uma imagem mental de relaxamento e conforto. O enfermeiro instrui a PSC a fechar os olhos e respirar lentamente, para dentro e para fora, se o seu estado de consciência e orientação o permitir, a cada expiração lenta, o enfermeiro leva o doente a imaginar que a tensão muscular e o desconforto vão sendo eliminados, promovendo um corpo relaxado, a cada inspiração. Para realizar esta técnica é necessário tempo e um ambiente tranquilo para que se obtenha o efeito desejado. (Eler & Jaques, 2008).

As intervenções de suporte emocional, dizem respeito ao foro emocional, como referido anteriormente. O toque terapêutico é uma medida básica e simples que pode “proporcionar tranquilidade (...) e facilitar o relaxamento. Medida característica da enfermagem, caracteriza-se pela imposição de mãos com intencionalidade, mas sem cunho religioso, pois não há toque corporal e sim uma aproximação das mãos à pele do doente. O toque estimula fibras sensitivas superficiais da pele, gera relaxamento muscular e estimulação do sistema límbico a nível neurofisiológico, reduzindo o padrão de dor. (Eler & Jaques, 2008). Independentemente do tipo de intervenções utilizadas a relação de ajuda estabelecida com o doente pode maximizar o controlo da dor, através de comportamentos que demonstrem interesse, tais como, segurar na mão e o toque (Sousa, 2009). A escuta ativa, utiliza-se em simultâneo com a técnica anterior, procurando manter um ambiente calmo aquando da prestação dos cuidados isento de estímulos externos, para desenvolver com o doente uma relação de confiança terapêutica, utilizando um tom de voz sereno e pausado, o toque e o contacto direto com o olhar por forma a demonstrar disponibilidade e compreensão, para que a doente possa exprimir, se assim desejar, as suas preocupações, com o objetivo de o doente ultrapassar obstáculos emocionais relativos à dor, que consequentemente condicionaram todo o processo de avaliação e controlo da dor aguda (Phaneuf, 2005).

Sousa (2009), define o conforto como a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal, que pode ser conseguido através da promoção de apoio e segurança, da promoção do relaxamento, redução da ansiedade e controlo da dor, entre outros sintomas que provocam desconforto à PSC.

A gestão eficiente da dor na sua fase inicial é decisiva para o desenvolvimento do plano terapêutico e prevenção de complicações respiratórias, como a pneumonia e a insuficiência

respiratória, com consequente impacto no bem-estar e qualidade de vida (Weinberg, Ross & Van Aswegen, 2018). A prevalência da dor na pessoa vítima de trauma tem um impacto psicofisiológico significativo manifestado por hipertensão arterial, taquipneia, taquicardia, ansiedade e medo (Benov et al., 2017). Por ausência de formação e sensibilidade para a temática, a dor na pessoa vítima de trauma é negligenciada, sendo comum a oligoanalgesia (Saranteas et al., 2019; Hsu, Chen & Hsieh 2016). Na prática diária, a dor é interpretada como inerente ao trauma, admitindo-se como condição da PSC vítima de trauma (Saranteas et al., 2019). Por este motivo, a gestão da dor implica que exista permanentemente uma valorização da sua incidência e prevalência, um diagnóstico, uma avaliação e consequentes registos associados (Cunha, et al., 2020). O sucesso da estratégia terapêutica está dependente da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2013).

Apesar das guidelines existentes, a evidência demonstra que o impacto da intervenção combinada, farmacológica e não-farmacológica, que designa a intervenção multimodal, é reduzida (Papathanassoglou et al., 2018). A fisiologia multifatorial da nociceção necessita de uma intervenção multimodal ao invés da unimodal. Os enfermeiros devem assim aprofundar os conhecimentos acerca das intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Polomano et al., 2017).

Embora a gestão da dor na PSC seja uma questão primordial na prática de enfermagem, Germossa, Sjetne, & Hellesø (2018) referem que o conhecimento dos enfermeiros e as suas atitudes face à dor constituem-se como as principais barreiras para a sua gestão.

2. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Estágio Serviço de Urgência Geral

O primeiro estágio desenvolveu-se no Serviço de Urgência Geral de um Centro Hospitalar de Vale do Tejo, com uma duração total de 8 semanas, entre 18 de outubro de 2021 e 17 de dezembro de 2021, tendo como objetivo maior: desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidar da PSC, no contexto de urgência, especificamente na vítima de trauma com dor, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Este local foi escolhido por ser um contexto em que se perspetivavam grandes oportunidades para desenvolver competências na referida área mencionada. Além disso, sendo que a grande maioria das pessoas que procuram cuidados de saúde através do SU tem queixas de dor, seria um local privilegiado para desenvolver competências de enfermagem especializadas no âmbito da gestão diferenciada da dor na PSC.

Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a dinâmica organizacional do contexto

De forma a otimizar a minha colaboração na prestação de cuidados e aprendizagem, procurei conhecer a dinâmica organizacional do SU, bem como a sua estrutura física. Para este efeito, a visita guiada realizada no primeiro dia de estágio foi fundamental. No entanto, devido à grande dimensão do serviço e reestruturação vivenciada naquele período, senti alguma dificuldade inicial no encaminhamento de doentes para as respetivas áreas correspondentes. Por este motivo, foram essenciais a realização de turnos nas diversas áreas de funcionamento e a transferência de doentes para os serviços de internamento daquela unidade hospitalar. Esta articulação foi também fundamental para colmatar as minhas dificuldades iniciais e compreender o circuito de doentes no SU.

Não tendo qualquer experiência profissional em contexto de urgência, nem mesmo em ensinamentos clínicos anteriores, reconheço que os primeiros turnos foram particularmente cativantes face ao grande fluxo de pessoas e estímulos de aprendizagem. A realização de uma visita guiada aos vários sectores do serviço de urgência, bem como a prestação de cuidados à pessoa, ao longo das 24h (manhãs/tardes/noites), colaborando com a equipa multidisciplinar, permitiram-me compreender melhor o trabalho desenvolvido pelos profissionais do serviço e dinâmica do mesmo, favorecendo assim, a minha integração na equipa e o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, ajustada a cada valência, bem como conhecer as alterações de dinâmica e afluência de doentes ao SU e a consequente alteração das dotações de recursos humanos. Mesmo sendo o SU um serviço em constante atividade, foi importante conhecer as diferentes dinâmicas na prestação de cuidados de enfermagem nos três turnos.

O fator mais facilitador da minha integração na equipa e no serviço foi o enfermeiro orientador de estágio. A sua disponibilidade na orientação contínua proporcionou-me um maior número de oportunidades, de experiências e aprendizagens.

Consultei normas e procedimentos do serviço, embora com dificuldades sentidas ao nível da acessibilidade às mesmas em formato papel, mas colmatada com a existência da intranet, da qual já tinha conhecimento. Este recurso (intranet), revelou-se extremamente útil, uma vez que se encontra disponível a todos os profissionais de saúde do SU e de todo o centro hospitalar, permitindo a pesquisa de normas, procedimentos e protocolos, por áreas, o que, sem dúvida facilita a pesquisa em tempo útil, tempo esse essencial neste contexto específico. A adaptação ao sistema informático não se constituiu uma dificuldade, na medida em que já me encontrava familiarizada com o mesmo, através do meu serviço. Este último, constitui-se como uma ferramenta essencial para a continuidade de cuidados, sendo fundamental na medida em que permite facilitar a partilha de informação clínica do doente, a transmissão de informação entre os diversos elementos da equipa e pedidos de meios complementares de diagnóstico e tratamento. Tenho a perceção de que nas organizações onde os processos clínicos são em suporte digital é indispensável que cada profissional tenha a competência para seleccionar a informação que lhe é mais relevante. É através dos sistemas de informação que é possível aceder ao histórico da pessoa, tornando-se assim um instrumento facilitador na definição do processo de enfermagem.

A abordagem inicial de todas as pessoas que dão entrada no SU é da responsabilidade do enfermeiro, assumindo este uma posição de extrema relevância na correta atribuição de prioridades de acordo com as queixas apresentadas pelos doentes. Neste SU é utilizado o Sistema de Triage de Manchester para classificação de prioridades, previsto no Despacho nº 10319/2014, de 11 de agosto, que obriga a que todos os SU utilizem um sistema de triagem de prioridades, independentemente do nível de responsabilidade. O uso deste instrumento como metodologia de trabalho permite atribuir prioridades aos doentes através da cor, sendo um método científico que utiliza nomenclatura comum, definições comuns, guia de auditoria e programa de formação. A triagem de doentes torna-se crucial para priorizar o atendimento, mesmo em situações em que a afluência ao SU possa exceder os seus recursos. Esta intervenção exige do enfermeiro uma grande capacidade de juízo clínico e de gestão de prioridades, gerindo os cuidados, através da otimização da resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar e na manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

A realização de alguns turnos na pré-triagem e triagens Covid-19 e não Covid-19, permitiram-me compreender o método em si, a sua finalidade e complexidade inerentes, uma vez que não o utilizo diariamente no meu contexto profissional, e compreender o sistema de encaminhamento de doentes desde a sua entrada no serviço de urgência. Por vezes este sector pode ser desvalorizado, contudo, considero-o de extrema relevância, pois exige do enfermeiro triador uma grande capacidade de juízo clínico e de gestão de prioridades e do próprio serviço no

global. Pude verificar que a experiência profissional, o conhecimento científico do enfermeiro e a sua avaliação clínica, diretamente nas questões que coloca, influenciam diretamente o encaminhamento do doente que recorre ao SU, bem como a dinâmica do serviço, uma vez que “a teoria oferece o que pode ser formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender na teoria” (Benner, 2001), sendo a triagem muito mais do que seguir um fluxograma.

Durante o período de estágio permaneci essencialmente nas áreas onde se previam maiores oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências na área da PSC vítima de trauma com dor: sala de reanimação. No entanto, tive a oportunidade de conhecer o modo de funcionamento das restantes áreas, nomeadamente SO (serviço de observação) e balcões de doentes.

Senti uma grande disponibilidade de toda a equipa do serviço e em particular do enfermeiro orientador e da sua equipa, enquanto agentes facilitadores da minha integração.

Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC

No SU foi-me fornecida a possibilidade de consolidação de conhecimentos e habilidades relacionadas com o cuidar da PSC em situações de urgência e emergência. A PSC é frequente em ambiente de urgência hospitalar, especialmente na sala de reanimação e balcões de medicina interna. Neste serviço são observadas e tratadas PSC que necessitam de avaliação e intervenção imediatas, com alto grau de instabilidade, sendo necessário prever e antecipar situações de risco.

Tive oportunidade de executar alguns turnos nos balcões de medicina interna (amarelos/laranjas), onde se encontram os doentes identificados com prioridade urgente e muito urgente e que necessitam de maior vigilância, por esse motivo. De ressaltar, no entanto, a realização da maioria dos turnos na sala de emergência e reanimação, onde a gravidade da PSC me obrigou a gerir recursos, tempo e prioridades nos cuidados de enfermagem. Destaco a mobilização de conhecimentos adquiridos, nomeadamente, no âmbito nas unidades curriculares de Suporte Avançado de Vida (SAV) e Suporte Avançado de Vida em Trauma (SAVT), através da consulta dos respetivos manuais, assim como da pesquisa científica, de modo a prestar cuidados de enfermagem devidamente fundamentados e seguros. A minha intervenção neste âmbito foi sendo otimizada e consolidada ao longo do tempo permitindo-me adquirir maior autonomia na abordagem à PSC. A minha conquista pela autonomia na abordagem ao doente crítico foi sendo aperfeiçoada e otimizada, à medida que a minha integração na equipa foi sendo efetivada. De destacar que o ganho de confiança, e integração na equipa, me possibilitou uma maior abertura para reportar situações de instabilidade e maior autonomia na execução de intervenções e na tomada de decisão.

Na sala de reanimação/emergência, foi relevante verificar que a primeira ação no início de cada turno era verificar a existência do material que poderia ser necessário em situações emergentes e organizá-lo de forma a facilitar a sua utilização, sendo esta a primeira tarefa que realizava aquando o início de cada turno. Além disso, eram testados os ventiladores, desfibrilhadores, o oxigénio, o sistema de aspiração, monitores de monitorização, laringoscópio e carros de reanimação, para atestar o seu correto funcionamento. Ter o material organizado e devidamente testado permitiu que tudo estivesse preparado quando surgisse uma situação emergente, o que é essencial para responder de forma pronta e imediata, sem atrasos na implementação dos tratamentos necessários.

Nas salas de emergência/reanimação são admitidas pessoas a quem é atribuída uma prioridade laranja ou vermelha, incluindo as que são transportadas pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Nesta área colaborei na prestação de cuidados a pessoas em situação emergente e em risco de falência orgânica. Os motivos mais frequentes de admissão, que pude presenciar, relacionavam-se com insuficiência respiratória, intoxicações medicamentosas, hipoglicémias, bradidisritmias, acidentes vasculares cerebrais (AVC), enfarte agudo do miocárdio (EAM) e arritmia cardíaca, sendo a fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida a mais frequente. Nestas situações é essencial identificar focos de instabilidade reais e os potenciais, estabelecer prioridades e atuar de forma pronta, eficaz e organizada. Procurei aplicar o método de avaliação ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure* que permite abordar sequencialmente a PSC, definindo as intervenções de acordo com a sua prioridade. Pude pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante as aulas da disciplina – Intervenção em Situações de Urgência, Emergência e Catástrofe – bem como nas Unidades Curriculares de SAV e SAVT, realizados durante o Mestrado. Os conhecimentos adquiridos durante estas Unidades Curriculares permitiram-me identificar e antecipar situações de deterioração clínica, estabelecendo prioridades de intervenção, bem como atuar pronta e eficazmente. Recordo o caso de uma PSC que recorreu ao SU por síncope de repetição e que ao entrar na sala de reanimação teve novamente uma alteração do estado de consciência. Foi rapidamente monitorizado, identificou-se um bloqueio ventricular completo só demonstrando ondas P na tira de ritmo. Iniciou-se a administração de atropina e posteriormente perfusão de isoprenalina, que não foi eficaz. Posteriormente, a PSC foi conectada ao *pacin*g e induzida anestesia geral. Após a realização destas intervenções A PSC iniciou resposta ventricular com uma frequência cardíaca adequada. Foi essencial a correta identificação do ritmo cardíaco e a mobilização de conhecimentos adquiridos previamente, em concreto, o algoritmo de atuação em caso de FA, efeitos secundários da administração de amiodarona ou digoxina, ou preparação da pessoa para eventual necessidade de cardioversão elétrica em caso de instabilidade hemodinâmica. Importou ainda despistar potenciais causas da FA com resposta ventricular rápida, como sejam a insuficiência cardíaca, febre, dor ou ansiedade. É fundamental saber qual a terapêutica instituída em ambulatório, nomeadamente anticoagulantes

ou antiagregantes plaquetários (Urden et al., 2014), neste sentido procurei sempre, junto da PSC consciente e orientada, recolher esta informação, ou através da pessoa significativa. Procurei que o conforto da pessoa fosse priorizado, explicando todos os procedimentos, questionando se tem dor ou se algo a preocupa, garantindo um ambiente tranquilo e seguro, o mais silencioso possível. Se a pessoa o solicitar, é essencial facilitar a entrada da pessoa significativa, de forma a proporcionar algum conforto (Sousa, 2014), o que durante o período de pandemia não se tornava possível de executar pelo elevado risco de infeção. Na monitorização eletrocardiográfica, sempre que a pessoa é despida de forma a expor o tronco, colocando a sua privacidade e intimidade em causa, procurei salvaguardar a privacidade e intimidade da mesma (OE, 2015). Logo que a PSC se encontre monitorizada é fundamental que seja tapada de forma a garantir esta privacidade. Este gesto demonstra respeito pela intimidade da pessoa e contribui para o conforto físico e psico-espiritual (Kolcaba, 2003).

Em casos de insuficiência respiratória, é indicado o uso de Ventilação Não Invasiva (VNI) precocemente, sobretudo no edema agudo do pulmão, pois demonstra reduzir a sua mortalidade (Salman, Milbrandt & Pinsky, 2010), sendo ainda indicado em algumas situações em que possa vir a ser necessário a ventilação invasiva. Deste modo, podemos evitar um procedimento invasivo, como seja a entubação orotraqueal, com a conseqüente redução de complicações e melhoria de outcomes (Khalid et al., 2014). É por isto, indispensável a existência de equipamentos apropriados e de uma equipa treinada e o ensino e promoção do conforto da PSC, sendo as interfaces descritas habitualmente como desconfortáveis. Para Kolcaba (2003), a enfermagem consiste na avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, na conceção de medidas de conforto para colmatar essas necessidades e na reavaliação dos níveis de conforto após a implementação das medidas. Os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto das pessoas de que cuidam e conceder medidas para a sua potencialização, intervindo nos seus diferentes contextos. Tive a oportunidade de vivenciar uma situação onde a PSC referia desconforto com a interface, encontrando-se com ansiedade pelo uso de VNI. Naquela situação, solicitei o apoio da família, tendo-se este revelado essencial para a aceitação do tratamento por parte da PSC. Assim, o conforto é entendido como um diagnóstico, enquanto necessidade e, simultaneamente, como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, sendo influenciado pelas intervenções implementadas. Nestas situações, o sucesso da eficácia do uso da VNI é condicionado pela capacidade de adaptação da pessoa à interface selecionada (Hess, 2012).

Tal como já referi, a admissão nas salas de emergência/reanimação pressupõem uma situação crítica que requer uma intervenção emergente. No entanto, quando investimos na estabilização da PSC, o seu conforto não pode ser descurado, pois a promoção do conforto físico, sociocultural, psico-espiritual e ambiental é fundamental para o restabelecer para um estado saudável (Kolcaba, 2003). Neste centro hospitalar existe uma norma que preconiza o acompanhamento do doente por uma pessoa significativa durante o seu percurso no SU. Na PSC entrada na sala de emergência, o

familiar não pode permanecer por muito tempo, mas é lhe facilitada a entrada de acordo com a situação clínica do doente, de acordo com o juízo do profissional responsável, tendo sempre presente os benefícios/prejuízos para o doente e família. A família manifesta-se como um elemento de extrema relevância no acesso a informação sobre a PSC, tornando-se por isso essencial para a decisão de tratamento a instituir. Por outro lado, a necessidade de informação é uma das maiores necessidades da pessoa significativa/família (Elliot, Aitken & Chaboyer, 2012), durante o processo de doença crítica, que na maior parte das vezes é inesperada ou inexplicada. A família, na grande maioria das situações, vivencia de forma muito intensa e emocional todas as alterações ao estado clínico do seu familiar doente, por mais subtis que estas se apresentem (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Sendo um período incomum, vivenciado pela pandemia da Sars COV2, as visitas e acompanhamentos nos centros hospitalares encontram-se muito restritos, o que veio condicionar os acompanhamentos nos serviços de urgência hospitalares, caracterizando-se num aumento da ansiedade por parte dos familiares relativamente à falta de informação do seu familiar doente. A família/pessoa significativa como alvo dos cuidados, vê-se como recurso a mobilizar, no sentido de poder, através dela, otimizar os cuidados prestados à pessoa. Comecei por identificar a pessoa significativa, solicitando o seu contacto e informações muito superficiais acerca da PSC. Este contacto, agora mais escasso com a pessoa significativa, no exterior do serviço de urgência. A família e/ou pessoa significativa manifesta-se como um recurso de extrema importância na abordagem à PSC, como aliada na prestação de cuidados, – seja na tradução de um discurso ou de uma expressão facial pouco compreensível para quem não conhece a PSC, no fornecimento de informação sobre a situação de saúde-doença prévia ao internamento no SU ou grau de dependência nas atividades de vida diárias, alergias medicamentosas quando não disponíveis – recurso este agora impossibilitado pela redução de visitas nas instituições de saúde. Nesta fase onde, muito provavelmente, necessita de um maior apoio emocional, de maiores esclarecimentos a potenciais questões, de informação mais pormenorizada acerca do seu familiar, visto não poder permanecer junto dele. Nesse sentido, dei informações à família dentro da minha área de competências, explicando meios complementares de diagnóstico e tratamento ou tratamentos instituídos e favorecendo o esclarecimento de dúvidas, aquando da impossibilidade de permanência junto da PSC. Procurei, sempre que possível, dar suporte à família da PSC, fornecendo informação, uma das suas maiores necessidades, de forma a assistir a mesma nas suas perturbações emocionais, decorrentes da situação crítica de saúde-doença e/ou falência orgânica, através da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a PSC e sua família, face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Regulamento nº429/2018, de 18 de fevereiro).

Após a estabilização da PSC, a grande maioria das pessoas admitidas na sala de reanimação/emergência são transferidas para o SO. Nesta área, encontram-se as pessoas em maior risco de falência orgânica ou em situação crítica grave, mas com estabilização hemodinâmica.

Quando nenhuma área do SU consegue dar resposta às necessidades da PSC é ponderada a transferência para a UCI do Centro Hospitalar ou transferência inter-hospitalar para outra unidade mais diferenciada, capaz de manter ou aumentar o nível de cuidados. De destacar nestas situações a relevância dos momentos de transmissão de informação, que permite a comunicação entre os profissionais sobre o estado de saúde-doença da PSC, nos momentos de transferência temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados, como acontece aquando da passagem de turno e aquando da transferência da PSC para outro serviço ou instituição. Tive a oportunidade de participar nestes momentos que, essencialmente, visam a promoção da segurança da PSC.

Na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos destaco as Vias Verdes (VV) – Coronária e AVC, por serem protocolos com os quais não me deparo no meu contexto de trabalho. É essencial que as VV se iniciem no local do evento ou durante a apresentação dos sintomas. O acesso aos protocolos de VV permitiram que viesse a desenvolver o conhecimento prático de forma a agir a partir da compreensão das situações clínicas (Benner, 2001), otimizando a prestação de cuidados à PSC. Tive oportunidade de participar no protocolo de VV AVC. Depois de ativada a VV AVC neste centro hospitalar, até se aguardar o transporte inter-hospitalar para uma unidade mais diferenciada, quando possível, a PSC realiza TAC CE, de forma a identificar a etiologia do AVC, para posteriormente se proceder ao tratamento mais adequado. Acompanhei o enfermeiro da sala de reanimação, enfermeiro este responsável durante todo este processo. Do protocolo mencionado anteriormente, existe a pré-organização de uma mala de transporte de apoio que contempla a existência de material de punção, um fibrinolítico e uma seringa infusora para administração deste fármaco, se indicado para o efeito. Colaborei na prestação de cuidados à PSC, informando-a, de acordo com a sua situação clínica e estado de compreensão, dos procedimentos a realizar de forma a promover a diminuição da ansiedade e promoção do conforto (Urden et al., 2014; Kolcaba, 2003).

Gostaria ainda de destacar na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos a utilização de sistemas que incrementam a segurança na administração de hemoderivados e terapêutica – conhecimento e manuseamento do sistema de verificação de compatibilidade entre o sangue da PSC e o administrado e conhecimento do sistema de obtenção de fármacos de acordo com o nome da PSC – que promovem a segurança da PSC. Ao colaborar na administração de produtos sanguíneos, ressalvo a preocupação que mantive em prevenir a hipotermia, estando esta intimamente ligada à cascata da coagulação o que piora os *outcomes* da PSC (Urden et al., 2014). Para tal utilizei roupa aquecida e procedi ao aquecimento dos fluídos e produtos sanguíneos administrados (DGS, 2017).

Para além da prestação de cuidados à PSC com AVC, a consulta de normas e protocolos foi um importante contributo no desenvolvimento de competências na gestão destes protocolos (Regulamento nº429/2018, de 18 de fevereiro).

A integração neste SU, na pior fase pandémica do país, quando as necessidades de saúde eram extremamente superiores aos recursos existentes, humanos e materiais, permitiu o confronto com uma nova realidade de resiliência e adaptação, dinamizando a “*resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe*” (Regulamento nº429/2018, de 16 julho). Estas competências foram colmatadas pelo já realizado curso *International Trauma Life Support*, promovido pela Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários do Sul e Sueste, onde realizei voluntariado, com a realização de cenários multi-vítimas, com posterior abordagem e resolução de problemas em cenário de catástrofe. Teria sido igualmente relevante, a realização de pelo menos um turno na VMER, onde a imprevisibilidade dos contextos e o carácter emergente das situações, com recursos mínimos disponíveis, permite constatar a importância do conhecimento da equipa, de forma a rentabilizar o tempo e a gerir de forma rápida e eficaz as situações (Regulamento nº429/2018, de 16 julho), no entanto, tal não foi possível devido ao período pandémico. Aqui, também a comunicação em circuito fechado é essencial (American Heart Association, 2015), para evitar erros e perdas de tempo, aspetos a evitar neste contexto/situação.

A realização de alguns turnos nos balcões de medicina interna foi um desafio deste estágio, na medida em que foi nesta área que senti a maior dificuldade na gestão da prestação de cuidados, onde o número de doentes excede em muito os recursos humanos disponíveis, bem como o espaço físico e os recursos materiais e tecnológicos. Senti, inicialmente, que a minha capacidade para a gestão de prioridades era inexistente, vindo a melhorar progressivamente devido à disponibilidade e apoio de toda a equipa. A gestão dos cuidados de enfermagem, através da otimização da resposta e da articulação na equipa multiprofissional foi uma grande aprendizagem a salientar do referido estágio. No balcão é realizada a primeira observação médica que determina algumas atitudes interdependentes, posteriormente realizadas pelos enfermeiros, tendo-me sido possível realizar neste setor, colheita de espécimes para análise, punção de cateter venoso periférico, entubação nasogástrica, algaliação, aspiração de secreções, administração de medicação, entre outros. Os profissionais escalados neste setor têm uma estreita relação com os serviços de apoio, como a radiologia e os técnicos de cardiopneumologia, no sentido de agilizar a realização dos exames complementares de diagnóstico. Relacionando a afluência de pessoas talvez seja este o local com mais rotatividade de pessoas doentes, exigindo uma maior mobilização de conhecimentos do enfermeiro face às diferentes situações de saúde, antevedendo situações que possam evoluir para instabilidade hemodinâmica. Estas especificidades requerem uma organização própria da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores na gestão de cuidados e na articulação da equipa multiprofissional no sentido de promover um ambiente seguro e uma relação terapêutica com a pessoa e a família (Regulamento n.º 140/2019 de 18 fevereiro).

Desenvolvi uma prestação de cuidados em colaboração com toda a equipa multidisciplinar, baseada em critérios de segurança e qualidade definidos pelo serviço, tendo também em conta a responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento nº 140/2019, de 6

de fevereiro). Neste sentido, durante todo o processo de cuidar da pessoa/família, neste contexto, procurei, entre outros exemplos: respeitar os princípios do controlo da transmissão de infeção, tão valorizados na atualidade, pelo uso de EPI's (equipamentos de proteção individual) nos isolamentos (de acordo com o agente infeccioso em causa), salas de trauma (onde existe grande risco de contaminação por fluídos e sangue) e em qualquer procedimento invasivo ou de contacto prolongado com o doente, de forma a evitar infeções cruzadas (apoio do GCL-PPCIRA), desenvolvendo competências ao nível da prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos, perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018, de 16 julho; Regulamento nº 140/2019, de 6 fevereiro); refletir sobre questões relacionadas com o agir, de acordo com o dever legal, ético e deontológico, nomeadamente, o direito ao acompanhamento da pessoa significativa no serviço de urgência e gestão da sua permanência de acordo com o serviço, sigilo profissional, privacidade e proteção de dados pessoais, os direitos dos doentes, o direito à autonomia na tomada de decisão (Regulamento nº140/2019, de 6 fevereiro).

O facto de ter como enfermeiro orientador de estágio um dos chefes de equipa de enfermagem daquele SU, veio permitir-me acompanhá-lo nas funções de coordenação e gestão de equipa. Assim, participei em atividades como a distribuição da equipa pelos vários setores, redistribuição da equipa quando havia necessidade, realização de testes de funcionamento dos vários equipamentos, gestão do trabalho de equipa enfermeiro-médico-auxiliar e coordenação com os restantes serviços do hospital. Concluí que gerir os cuidados em contexto de urgência não se revela uma tarefa fácil, tendo em conta o stress, a enorme afluência de doentes e a dimensão da equipa. Esta questão é confirmada por Duffy (2009), que menciona que os gestores de enfermagem enfrentam diariamente a complexidade do cenário da prática, nomeadamente ouvir e resolver reclamações do doente e da família, garantir que os setores de atendimento dão resposta às necessidades do doente, mantendo os profissionais motivados e lidando com dilemas éticos sem nunca esquecer a política da instituição. Considero ser essencial que os enfermeiros com funções de gestão sejam possuidores de um vasto conjunto de competências, entre as quais, destaco as competências de liderança. Estas competências devem estar presentes nos comportamentos diários destes profissionais manifestando-se em atitudes que permitem o cumprimento da sua missão (Coelho, 2017). Para além das competências de liderança é essencial que os enfermeiros chefes de equipa tenham desenvolvido capacidades cognitivas tais como a comunicação, essencial para o trabalho de equipa, a escuta ativa, que possibilita a gestão dos cuidados baseada no diálogo, bem como a organização (do serviço, setores, logística, etc.) que permite aliviar o trabalho dos enfermeiros fazendo com que estes se foquem no doente e na sua família. Durante estes turnos, reparei que a informação acerca dos doentes é centralizada no enfermeiro chefe permitindo que este tenha uma visão abrangente do funcionamento do SU. Por

outro lado, é este enfermeiro que, em colaboração com o médico chefe de equipa, organiza o serviço e transfere os doentes para os serviços de internamento. Os turnos que realizei com o enfermeiro orientador de estágio, como chefe de equipa de enfermagem, permitiram-me desenvolver competências na área da liderança e da gestão dos recursos e adaptação dos mesmos às situações (Regulamento n.º 140/2019, de 18 fevereiro). Considero que desenvolvi aprendizagens no âmbito da organização e coordenação da equipa de prestação de cuidados, no reconhecimento e compreensão dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa e na promoção de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 18 fevereiro).

No SU é fundamental identificar rapidamente a intervenção prioritária para cada pessoa e identificar, entre as várias pessoas, as que carecem de cuidados prioritários. Em termos gerais, todas as atividades descritas foram um veículo facilitador para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à PSC, procurando manter de forma autónoma e contínua o processo de desenvolvimento pessoal e profissional, aprofundando o nível de conhecimento na área de especialização, com enfoque no desenvolvimento de um discurso fundamentado e na melhoria de uma metodologia de trabalho eficaz (Regulamento nº429/2018, de 18 de fevereiro).

Uma vez que a minha prestação de cuidados se situou maioritariamente na sala de reanimação/emergência, desenvolvi competências de enfermagem na abordagem à PSC do foro médico, cirúrgico, neurocirúrgico e pessoa vítima de trauma, principalmente no estabelecimento de prioridades e na antecipação da instabilidade e falência orgânica (Regulamento nº 429/2018, de 18 de fevereiro).

As atividades que realizei foram em colaboração com a equipa multidisciplinar, tanto na gestão dos cuidados em parceria com a equipa de enfermagem, como na articulação com os restantes profissionais de saúde, tendo como objetivo principal a prática de cuidados individualizada, respeitando a confidencialidade, privacidade e autodeterminação da PSC e sua família (Regulamento n.º 140/2019, de 18 fevereiro).

Prestar cuidados de enfermagem especializados na gestão da dor da PSC vítima de trauma

A dor é um sintoma que está presente em muitas das razões que motivam a ida ao SU (DGS, 2008), constatando-se como a causa mais frequente de admissão neste serviço, sendo o principal problema no controlo dos sintomas e oligoanalgesia (Mura et al., 2017), podendo ser consequência de várias situações patológicas, como enxaqueca, enfarte, abdómen agudo ou dor causada por lesões traumáticas como fraturas ou queimaduras, entre outras.

O sistema de triagem de Manchester valoriza a dor na medida em que é obrigatório que esta seja avaliada a todas as pessoas (DGS, 2015). A avaliação da dor, através do nível de intensidade,

das repercussões que tem nas atividades de vida diárias e sua duração (superior ou inferior a sete dias), determina a prioridade de atendimento clínico. Sem dor (0) e se dor ligeira (1 a 4) é atribuída a cor verde, a uma dor moderada (5 a 7) a cor amarela e a uma dor severa (8 a 10) a cor laranja.

No serviço pude constatar que existe um protocolo de monitorização da dor, elaborado por um grupo de enfermeiros pertencentes aos vários serviços do hospital, sendo este protocolo transversal a todo o Centro Hospitalar, embora com algumas especificidades inerentes a cada serviço. Este grupo de enfermeiros faz reuniões periódicas de forma a detetar dificuldades e propor sessões de formação sempre que a equipa considera necessário, adequando-se às diferentes exigências dos contextos de trabalho, valorizando as necessidades dos elementos dos serviços, não se mostrando como uma combinação de temas soltos que cumpram calendarização (Velez, 2009). Não me sendo possível participar nas referidas reuniões durante o período de estágio efetuado, foi discutido com a enfermeira orientadora a pertinência das mesmas. São realizadas auditorias aos registos, incluindo aos registos da avaliação da dor. Não tendo a possibilidade de participar na realização das referidas auditorias, em conjunto com o enfermeiro elo de ligação ao grupo hospitalar de auditoria ao registo da dor dos doentes internados, questionei o mesmo relativamente a quais as maiores não conformidades encontradas, sendo a falta de registo, a falha mais encontrada por este.

No cuidado à pessoa com dor, a negação ou a desvalorização do seu sofrimento é considerado como uma falha na excelência do exercício profissional (OE, 2008). O controlo da dor assume-se assim como uma questão humanitária, mas também uma questão de elevada importância para manter as funções vitais do organismo e evitar as consequências nefastas do processo doloroso (Sallum, 2009). Neste sentido, a gestão adequada da dor nos doentes deve ser vista como uma das prioridades no cuidado às pessoas vítimas de trauma. O facto de os profissionais desviarem a sua atenção para funções que afetam diretamente a sua estabilidade, de não reconhecerem e valorizarem os efeitos fisiológicos da dor (Calil & Pimenta, 2008) ou a perceção de que a analgesia pode mascarar o quadro e dificultar o diagnóstico (Calil & Pimenta, 2005), são algumas das razões descritas na literatura que tentam justificar o inadequado controlo da dor.

Para a avaliação da dor no SU recorre-se à Escala Numérica (EN) em doentes conscientes e orientados e à Escala de Faces para doentes ventilados ou com alterações de consciência/comunicação, sendo que no sistema informático só há referência à EN, pelo que é efetuada uma adaptação subjetiva, por parte do enfermeiro, através de sinais e sintomas fisiológicos e comportamento da PSC, incluindo a expressão facial para atribuição de um valor numérico. É utilizada uma escala de autoavaliação da dor, não existindo uma escala adaptada aos doentes que não são capazes de comunicar. Este tópico foi alvo de discussão com o meu orientador, bem como com a equipa de enfermagem, sendo consensual que esta é uma área lacunar que não facilita o processo de avaliação da dor. A consulta de evidência disponível, mostrou que a avaliação da dor na triagem deve ser alvo de uma abordagem multifacetada, baseando-se nas

expressões faciais, duração, e fatores de alívio/agravamento, parâmetros fisiológicos e na expressão facial e comportamental apresentada (Ganley & Gloster, 2011).

Na maioria das vezes constatei que no momento da triagem, a EN é utilizada para se proceder a uma heteroavaliação da dor. Quando questionei o enfermeiro orientador acerca desta prática, este referiu-me que sendo este um dado de avaliação obrigatória na triagem e que, por si só, pode definir uma prioridade mais alta, os doentes caem na tentação de aumentar a sua dor na tentativa de encurtar o tempo de espera, o que contribui para um aumento significativo de prioridades de cor laranja, o que vai de encontro ao mencionado por Bible (2006), que infere como causa o facto de os doentes sentirem que devem dizer que a sua dor é severa, com o intuito a justificar o atendimento no SU e a diminuir o tempo de espera. De forma a contornar esta situação, os enfermeiros realizam uma heteroavaliação da dor, através de critérios comportamentais, tais como o fâcies, a postura da pessoa, combinando com questões acerca da qualidade da dor sentida e da forma como se manifesta limitativa para a realização das atividades de vida diárias. Esta situação obrigou-me a uma reflexão mais aprofundada sobre o tema. Se por um lado, estamos a adequar as práticas aos contextos, por outro poderemos não estar a valorizar os indicadores certos para a obtenção de um valor fidedigno. A pesquisa da literatura revela que, nestes contextos, a escala mais adequada seria uma que privilegiasse critérios comportamentais, como o caso da BPS em PSC sedadas/ventiladas (Payen, 2001).

Na minha ótica, a dor deve ser registada exatamente como é descrita pelo doente. Conforme refere Puntillo, Neighbor, O'Neil & Nixon (2003), a heteroavaliação da dor por parte dos enfermeiros é consistentemente mais baixa, do que a autoavaliação que os doentes fazem da sua dor. Por outro lado, o mesmo autor refere que as doses de fármacos analgésicos administrada se correlacionam com a avaliação realizada pelos enfermeiros, em vez da avaliação realizada pelos doentes. Assim, a heteroavaliação da dor em doentes capazes de comunicar pode revelar uma sobrevalorização da dor ou pelo contrário, uma subvalorização traduzindo-se numa dor subtratada. Por outro lado, Lanfrit et al. (2017) considera que a sobrelotação constante do SU, frequentemente leva a longos períodos de espera, especialmente se for atribuída uma cor com baixa prioridade de atendimento, que se traduz na falta de oportunidade na avaliação e tratamento da dor.

A avaliação da dor no momento da triagem é importante para que se possa monitorizar a resposta aos tratamentos implementados. Como o SU dispõe de um sistema de registos informatizado, onde é possível aceder a todo o percurso do doente no serviço, é fácil verificar qual a intensidade de dor à entrada e após a instituição da terapêutica, confirmando ou não o seu efeito. Como as pessoas com queixas de dor que eram encaminhadas ao setor laranja, tinham uma dor severa, este tornou-se um local privilegiado para desenvolver competências no âmbito da avaliação da dor, através da aplicação dos instrumentos adequados. Na grande maioria das situações que tive oportunidade de acompanhar as queixas eram de cefaleias, dor abdominal e

cólica renal, em pessoas com capacidade para autoavaliar a dor. Estes casos permitiram aplicar a escala numérica, explicando a cada pessoa as características da escala para que compreendessem a sua aplicação e pudessem classificar a dor de forma mais precisa possível.

Aquando da entrada da pessoa vítima de trauma na sala de reanimação, realizei uma avaliação primária expedita e sequencial, sendo utilizada a metodologia ABCDE, objetivando-se a identificação de problemas e a adoção de medidas rápidas de resolução e controlo dos mesmos. Após a estabilização da pessoa, a ENA (2013) sugere na avaliação secundária a inclusão da mnemónica FGHI, dando destaque a intervenções focalizadas na família, bem como a importância do conforto, bem-estar e controlo algico.

Como já referido no enquadramento teórico, na fase aguda, a pessoa vítima de trauma experiencia diversas alterações fisiológicas e hemodinâmicas, nomeadamente a dor, que quando não aliviada, poderá conduzir a alterações na ventilação, na estabilidade hemodinâmica, gastrointestinal e renal (Cohen et al., 2004). Uma das competências especializadas do enfermeiro no cuidado à PSC a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa (Regulamento n.º 429/2018 de 18 de fevereiro), identificando evidências fisiológicas de dor e mal-estar bem como o seu controlo. A gestão diferenciada da dor na PSC, envolve não só a sua avaliação e monitorização, como também a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo estas últimas intervenções independentes (International Council of Nurses, 2010). Assim, para além da resposta algica ao trauma, pude identificar algumas situações com potencial indução de dor, nomeadamente a transferência da pessoa em plano duro da maca da ambulância para a maca do hospital, as mobilizações necessárias para a realização da exposição (E) e exame físico e a permanência prolongada da PSC vítima de trauma em plano duro e com o colar cervical. Para além do desconforto, é consensual o impacto que a dor tem no aumento do risco de complicações e na diminuição do bem-estar da pessoa (OE, 2008). Durante a transferência entre macas e mobilizações, adotei como estratégia facilitadora e promotora de maior conforto para a pessoa, a coordenação entre os intervenientes antes das mobilizações e transferências, assumindo sempre que possível a função de *team-leader*. A evidência demonstra que a função de *team-leader* influencia diretamente na efetividade da implementação das medidas instituídas e no seu sucesso, uma vez que estas tendem a ser sistematizadas e atempadas (Capella et al., 2010). Devido à grande dificuldade de alguns pares assumirem este papel, senti a necessidade de elaborar um jornal de aprendizagem, que me permitiu refletir sobre uma situação de cuidados relativa ao tema. Através da realização do jornal de aprendizagem foi-me permitido desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais propriamente no desenvolvimento do autoconhecimento e autorreflexão (Regulamento no 140/2019, de 18 fevereiro). Para além disso, sempre que possível, assegurei a explicação de todo o procedimento, promovendo uma gestão mais adequada do desconforto e da dor (Faigeles et al., 2013), concomitantemente, no respeito

pelo direito à autodeterminação, promovendo o direito da PSC ao consentimento informado (OE, 2005).

A permanência prolongada da PSC vítima de trauma em plano duro, assume-se como um potencial fator de dor e de desconforto, comprometendo a estabilidade hemodinâmica da pessoa e a sua integridade cutânea, havendo estudos que fazem referência à necessidade de diminuição do tempo em permanência no mesmo, já que, a vítima com suspeita de traumatismo vertebromedular permanece, em média, entre 60 minutos a 80 minutos no plano duro (Cooney, Wallus, Asaly, & Wojcik, 2013; Edlich et al., 2011). Na sala de reanimação, uma das macas promove a estabilidade da coluna vertebral. Assim sendo, analisando individualmente cada situação com a equipa multidisciplinar, tive a preocupação em garantir que a pessoa permanecesse no plano duro o menor tempo possível. Concomitantemente, a permanência excessiva da PSC vítima de trauma com o colar cervical potencializa o desconforto, a dor e alterações hemodinâmicas e da integridade cutânea. Com base em artigos recentes sobre a temática, como o exemplo de um artigo que recomenda que, após a Tomografia Axial Computorizada revelar ausência de lesões cervicais, o colar cervical poderá ser removido (Patel et al., 2015), promovi momentos de discussão junto à equipa multidisciplinar de um tema que não reúne consenso.

A intervenção ativa na dor pode ser feita através das intervenções interdependentes ou autónomas, como já referido. Relativamente às intervenções interdependentes, embora não esteja dentro da área de competência do enfermeiro a prescrição de fármacos, é essencial conhecer as indicações e efeitos de cada fármaco analgésico, sendo possível colaborar com o médico na decisão da melhor opção analgésica para cada doente. Neste sentido, a escada analgésica da dor recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Kumar, 2007), foi utilizada como instrumento de apoio para decidir a analgesia adequada, perante diferentes intensidades de dor. Esta escada permite dirigir o analgésico à intensidade da dor, que trará como benefícios um controlo mais eficaz da dor, menores gastos para o sistema de saúde, menor tempo da pessoa no SU e uma maior satisfação e conforto para o doente.

A analgesia administrada pode ser complementada com intervenções autónomas, onde se incluem a avaliação e monitorização da dor e outras intervenções de cariz não farmacológico. Neste sentido, e também como forma de evidenciar a importância destas intervenções junto dos pares, realizei sempre que foi possível, em PSC com lesões musculoesqueléticas, a imobilização ou elevação do membro afetado e a aplicação de gelo, verificando o alívio da dor. Além disso, uma vez que a dor é um fenómeno complexo e multidimensional, existem determinadas intervenções que aumentam o conforto do doente nas suas várias dimensões e que, conseqüentemente, podem diminuir a perceção do fenómeno doloroso, como exemplos de intervenções realizadas neste âmbito, expliquei procedimentos, clarifiquei a situação clínica ou permiti a presença de familiares, promovendo ações que diminuem a ansiedade do doente e diminuem a experiência de desconforto. As intervenções não farmacológicas de dor devem ser

ajustadas ao contexto e a cada situação particular. No setor laranja, por exemplo ofereci uma maca a um doente com dor severa que se observava estar desconfortável numa cadeira, sendo uma medida fácil de aplicar que pude desenvolver, que com certeza aumenta o conforto e, conseqüentemente pode diminuir a percepção da dor sentida. Tão importante como realizar este tipo de intervenções é também importante registá-las e clarificar o seu efeito naquele doente, dando assim relevância e visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro na gestão adequada da dor (Smith & Parker, 2015).

Um grande grupo de pessoas que recorre ao SU com lesões, quase inequivocamente dolorosas, são as vítimas de trauma. Na abordagem da vítima de trauma existem um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhes estão associadas. O trauma requer uma abordagem por prioridades, avaliando as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células. Segundo esta metodologia, a avaliação primária tem como objetivo principal a identificação e correção das situações que colocam a vida da vítima em risco, garantindo assim a identificação como vítima crítica e a resolução das situações potencialmente fatais. A profundidade e a duração da hipoxia tecidular colocam a PSC em risco de morte ou disfunção multiorgânica. Este risco está presente por lesão direta de órgãos, edema subsequente, lesões que comprometem a via aérea ou as trocas pulmonares, ou ainda choque/hipotensão sustentada e anemia, todas situações comuns no trauma grave.

Sendo o SU onde estagiei, um serviço que devido a algumas das suas características, se caracteriza por uma baixa casuística de vítimas de trauma, por vezes a abordagem destas PSC pode não ser tão intuitiva e organizada. Sendo que a maioria dos doentes neste SU são do foro médico e/ou cirúrgico, existiu uma necessidade de transferência de conhecimento desta área, para o tema de estudo a que me propus. A realização da revisão integrativa da literatura, apresentou-se como outra forma de colmatar esta carência de experiências.

A realização do fluxograma dos critérios de ativação da equipa de trauma (apêndice III), englobando a avaliação precoce da dor, permitiu-me mobilizar com rigor dados obtidos da evidência científica (ESEL, 2010), com o objetivo principal de aumentar o conforto e bem-estar da PSC (Regulamento n.º 140/2019, de 18 fevereiro).

Durante o estágio apercebi-me que, ao chegar ao SU deste hospital, estas pessoas são avaliadas e triadas diretamente no setor laranja e depois enviadas para observação médica, pela especialidade de cirurgia. No momento da triagem, a dor de cada um dos doentes é avaliada e registada. No entanto, o primeiro analgésico só será administrado após a observação e prescrição médica. Assim, e influenciado pela elevada afluência de pessoas que diariamente recorre a este serviço, o tempo que decorre entre a entrada no serviço e a efetiva analgesia pode ser significativo. Verifica-se assim que, independentemente do nível de dor avaliado no momento da triagem, existem condicionalismos na implementação de analgesia, o que prolonga o sofrimento e

compromete o conforto destas pessoas. Além de se depararem com uma situação potencialmente stressante e geradora de ansiedade por terem sofrido uma lesão traumática, estes doentes têm ainda de lidar com a sua dor física não controlada.

Desta forma, para colmatar o tempo de espera até ao início de analgesia, considero que “a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular” (OE, 2008), a implementar pelo enfermeiro, pode ser uma das soluções. Neste sentido, uma das estratégias adotadas em alguns serviços de urgência a nível internacional, tem sido a implementação de protocolos de analgesia (Wong, Chan, Rainer, & Ying, 2007; Fosnocht & Swanson, 2007; Finn, et al., 2012). Não sendo o que se preconiza neste SU, trabalhos já realizados evidenciam que este tipo de protocolos têm uma influência positiva na gestão da dor em SU, verificando-se um aumento na frequência da avaliação e registo da dor, no número de doentes que recebe analgesia e uma diminuição do tempo de espera até a administração do primeiro analgésico, podendo ser utilizados com eficácia e segurança, com efeito na satisfação dos doentes (Wong, Chan, Rainer, & Ying, 2007; Fosnocht & Swanson, 2007; Finn, et al., 2012).

Aliviar a dor das vítimas de trauma o mais precocemente possível, revela-se como boa prática profissional e contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, a gestão da dor deve ser iniciada no primeiro contacto com um profissional de saúde (Goh, Choo, Lee, & Tham, 2007), que no SU em questão é garantida pelo Enfermeiro alocado ao setor laranja. Apesar de intervenções autónomas de enfermagem serem colocadas em prática no primeiro contacto com a pessoa, muitas das vezes estas intervenções, por si só, são insuficientes e o direito do doente de ter a sua dor aliviada fica comprometido, pelo atraso na instituição de analgesia.

O desenvolvimento das atividades para dar resposta ao objetivo proposto permitiu manter o meu progresso na competência da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC otimizando respostas, nomeadamente, na identificação das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, na demonstração de conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa, na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e no conhecimento e habilidade na utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 429/2018, de 18 fevereiro).

Neste sentido, pude intervir na formação informal de pares sempre que solicitada e na prestação efetiva de cuidados nesta área, através da monitorização (recorrendo à escala preconizada pelo serviço), utilização de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, reavaliação da dor, manutenção dos registos atualizados e transmissão da informação à equipa multidisciplinar, tendo como objetivo a gestão da dor na PSC vítima de trauma.

Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da PSC

O enfermeiro especialista é um profissional com competências nas áreas da colaboração, gestão e conceção de programas de melhoria contínua da qualidade, revelando-se como um dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, de forma a promover ganhos na saúde, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (OE, Regulamento nº140/2019 de 18 de fevereiro).

Neste sentido., tive oportunidade de participar no *Webinar* do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico Adulto/Idoso "*Formação, Investigação e Exercício Clínico*" (anexo I), realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com a apresentação de um poster sobre os resultados preliminares de uma revisão integrativa da literatura, acerca das intervenções de enfermagem promotoras da gestão da dor na vítima de trauma (apêndice IV), sendo-me possível desenvolver competências ao nível da comunicação de aspetos complexos de âmbito profissional e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre temas passíveis de discussão. Ao mesmo tempo, permitiu-me dinamizar e incorporar novos conhecimentos no seio da equipa multidisciplinar, auxiliando a promover a melhoria dos cuidados prestados.

Como já referido anteriormente, sendo este SU maioritariamente, composto por doentes do foro médico e cirúrgico, e de forma a colmatar algumas lacunas na abordagem à vítima de trauma, nomeadamente, na perceção de que a esquematização da abordagem em sala de emergência carecia de treino e reformulações, incorporando a gestão da dor na avaliação à vítima de trauma, decidi, em conjunto com o orientador clínico, realizar um fluxograma que abordasse os "Critérios de Ativação da Equipa de Trauma". Após discussão com o enfermeiro orientador e com o responsável pela equipa de trauma do SU, decidi em conjunto com o orientador, avançar com a realização do referido fluxograma, afixado, posteriormente, na sala de reanimação/emergência. Documento este que visa adotar a Circular Normativa da Direção Geral da Saúde denominada "Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado" (DGS, 2010). O referido documento foi elaborado com o objetivo major de uniformizar a abordagem dos doentes traumatizados atendidos no SU, tendo em linha de conta as recomendações da DGS (2010) e da Ordem dos Médicos (2009), assim como a tipologia da urgência do centro hospitalar, tomando consciência da problemática da avaliação e controlo tardios da dor e das suas repercussões negativas em termos fisiológicos, metabólicos e psicossociais. A equipa de trauma encontra-se em evolução e crescimento, sendo o referido fluxograma alvo de discussão no seio da equipa multidisciplinar. A execução do referido fluxograma, foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências das aprendizagens profissionais. Se por um lado, atuei como formador em contexto de trabalho através do diagnóstico de necessidades formativas no serviço, por outro lado, utilizei os conhecimentos adquiridos através da evidencia científica para a divulgação de novos

saberes que contribuem para o desenvolvimento da enfermagem (OE, Regulamento nº140/2019, de 18 de fevereiro).

2.2. Estágio Unidade de Cuidados Intensivos

O segundo estágio desenvolveu-se na UCI de um Centro Hospitalar de Vale do Tejo, com uma duração total de 8 semanas, entre 4 de Janeiro de 2022 e 28 de Fevereiro de 2022, tendo como objetivo maior: desenvolver competências especializadas de enfermagem no cuidar da PSC, no contexto de cuidados intensivos, especificamente na vítima de trauma com dor, em colaboração com a equipa multidisciplinar.

É um serviço que se caracteriza por possuir recursos humanos especializados, com presença de assistência médica e de enfermagem permanente. Tendo em conta que esta UCI está inserida num hospital com uma urgência de nível médico-cirúrgica é pouco frequente receberem pessoas vítimas de politrauma, sendo que a maioria das PSC têm patologia médica e/ou cirúrgica.

Integrar a equipa multidisciplinar e conhecer a dinâmica organizacional do contexto

De forma a otimizar a minha aprendizagem e prestação de cuidados, procurei conhecer a estrutura física, circuito dos doentes e articulação com os outros serviços. Para o efeito, foram essenciais a visita guiada efetuada no primeiro dia de estágio, as conversas informais e a possibilidade de acompanhar os pares nos momentos de articulação com outros serviços de internamento, assim como o transporte de doentes para o serviço de imagiologia e Bloco Operatório. Apesar de se tratar de uma equipa numerosa, os seus elementos são bastante recetivos à presença de alunos, o que facilitou a integração.

Aquando do início do estágio, a equipa da UCI encontrava-se em reestruturação, após melhoria de instalações, encontrando-se a equipa em adaptação ao novo espaço. A UCI encontra-se constituída por 9 camas de cuidados intensivos, distribuídas por 9 boxes individualizadas, em que duas delas se encontram essencialmente reservadas a isolamentos e 4 camas de cuidados intermédios, distribuídas por 1 sala. Um serviço renovado, com maior volume de tecnologia incorporada na sua infraestrutura.

O método de trabalho é o método individual, em que cada enfermeiro fica totalmente responsável pela prestação de cuidados aos doentes que lhe são atribuídos e respetiva família, com rácio de 1:2 nos cuidados intensivos e 1:4 nos cuidados intermédios, preferencialmente e sempre que possível. Em todos os turnos existe um elemento definido como Chefe de Equipa, com doentes atribuídos, que fica responsável pela gestão, organização, supervisão de cuidados e colaboração com os colegas, sempre que necessário.

Neste local, a minha orientadora de ensino clínico, desenvolvia em alguns dos turnos, a função de Chefe de Equipa. Este facto permitiu-me acompanhá-la na resolução de problemas relacionados com a gestão de materiais, de medicação, transferência de doentes ou gestão de conflitos, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área. Além disso, este método possibilitou guiar a minha própria aprendizagem, procurando as situações mais enriquecedoras para o desenvolvimento de competências no cuidado à PSC.

A consulta e leitura de normas e protocolos existentes no serviço permitiram-me conhecer linhas orientadoras de atuação, o que facilitou o exercício quando deparada com determinados procedimentos. Saliento a consulta do protocolo de cetoacidose diabética, por me ser desconhecido e a leitura atenta da norma de orientação clínica sobre “Avaliação da Dor enquanto 5º Sinal Vital” do Centro Hospitalar, por ser a área em que se debruça o projeto de estágio. Tive ainda a preocupação em me familiarizar com equipamentos, materiais e dispositivos de monitorização, essenciais numa UCI e que o enfermeiro deve conhecer de modo a potenciar as suas vantagens, sendo que muitos deles me eram desconhecidos, não na sua existência, mas da sua correta utilização.

Conhecer e compreender a organização, a dinâmica e a missão do serviço foram fatores facilitadores para o sucesso do processo natural de integração e, conseqüentemente, para a consecução dos objetivos previamente definidos.

O sistema informático (SI) foi um aspeto importante na minha integração pois o SI utilizado neste serviço é o mesmo que utilizo diariamente na minha prática clínica, tornando-se um fator facilitador de integração no serviço. Este domínio permitiu-me pesquisar dados clínicos sobre a pessoa, fazer registos das intervenções realizadas e tornar-me mais segura na prestação de cuidados. A partilha dos objetivos do meu projeto, a discussão e a análise dos mesmos com a enfermeira orientadora e com a enfermeira chefe do serviço, permitiu-me proceder a alguma reformulação visando um maior número de oportunidades de aprendizagem.

A integração no serviço foi essencial para a minha permanência num contexto novo, como elemento ativo e participativo na prestação de cuidados. O conhecimento mais aprofundado do serviço e a integração bem-sucedida na equipa multidisciplinar, facilitada pelo conhecimento prévio de vários elementos e pela partilha da missão e valores do Centro Hospitalar onde está integrado, permitiram-me uma melhor compreensão de toda a dinâmica da UCI. Demonstrei vontade e empenho em aprender, o que em conjunto com a disponibilidade e colaboração da equipa, e mais especificamente, da enfermeira orientadora, facilitaram todo este processo de integração e, conseqüentemente, o desenvolvimento do estágio.

Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC

Ao longo deste estágio prestei cuidados de enfermagem em diferentes situações de doença, de acordo com a lógica de prioridades ABCDE, realizei uma gestão de tempo e prioridades, tendo em conta a situação clínica dos doentes e recursos humanos/materiais disponíveis. Colaborei ainda na prestação de cuidados à pessoa com instabilidade hemodinâmica ou em risco de a desenvolver, ao doente cirúrgico, à pessoa a realizar técnica de substituição renal contínua ou intermitente, à pessoa em falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica não invasiva ou invasiva e colaborei em procedimentos tais como colocações de cateteres venosos centrais, linhas arteriais, plasmaforese, entre outros.

Neste contexto cuidei de pessoas em situações críticas, sendo por isso a diversidade e incerteza que se vive muito grande. A imprevisibilidade das situações é uma constante, não só porque a PSC, ainda que já estabilizada, está em situação de risco, como também pela frequência de admissão da PSC, o que exige capacidade de adequação, organização e gestão da melhor resposta a cada situação.

O facto de uma grande parte das PSC necessitarem de ventilação não invasiva ou ventilação mecânica invasiva permitiu que desenvolvesse conhecimentos nesta área e atualizasse os já detidos por mim, ainda que com pouco prática até então. Por exemplo, promovi um posicionamento que favorece a expansão torácica (cabeceira elevada a 30°); assegurei a mudança do filtro-humidificador e do *swivel* a cada 24h, ou sempre que estavam visivelmente conspurcados, de modo a evitar o aumento da resistência nas vias aéreas e a proliferação bacteriana; mantive a insuflação do *cuff* do tubo orotraqueal entre os 20- 30 mmHg de modo a evitar traqueomalácia e/ou fugas de ar e a aspiração de conteúdo gástrico em caso de refluxo; avalei e monitorizei as pressões do *cuff* pelo menos a cada 8 horas, utilizando um manómetro de pressão adequado; alternei a fixação do TOT pelo menos 1 vez/dia, examinando a pele e a mucosa oral; providenciei cuidados de higiene oral a cada 8h, para prevenir pneumonia associada à ventilação; realizei aspiração de secreções quando necessário, assegurando a desativação dos alarmes do ventilador durante o procedimento e a sua posterior ativação; monitorizei a evolução clínica da PSC com base nos ajustes do ventilador; efetuei as alterações adequadas conforme orientação médica; realizei gasimetrias para avaliação da oxigenação e ventilação (Elliott, et al., 2012; Urden, et al., 2014); e assegurei ainda duas das indicações mais recentes, não aspirar nem instilar soluções salinas por rotina e não substituir os circuitos do ventilador por rotina, mas só se visivelmente conspurcados (DGS, 2017b), algo que ainda é visível de ser executado por alguns profissionais. Contactei com situações de desconforto da PSC associado à má adaptação à ventilação invasiva. Através do trabalho interdependente médico- enfermeiro, foi possível concluir que muitas vezes essa inadaptação tem a ver com situações como a exacerbação da dor e/ou a necessidade de maior quantidade de fármaco sedativo. Assim, a utilização de protocolos

de terapêutica é essencial nestas PSC (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de fevereiro), seja como forma de conferir sedação e analgesia, seja através de fármacos que conferem suporte vital ou até esquemas anti-microbianos complexos. Esta competência permitiu-me conferir alívio físico à PSC, devolvendo-lhe o conforto necessário à sua evolução clínica (Kolcaba, 2003), através da monitorização e avaliação adequada das respostas aos problemas identificados, implementando respostas de enfermagem apropriadas às complicações (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

O meu à vontade na prestação de cuidados à PSC ventilada era bastante reduzido e apesar do princípio de cada ventilador ser o mesmo e os mecanismos de ventilação serem iguais, existem diferenças entre os ventiladores. Assim, tornou-se essencial aprofundar e mobilizar conhecimentos sobre ventilação e compreender os diferentes aparelhos e modos ventilatórios tendo em conta a situação clínica da pessoa e o objetivo da ventilação (Elliott et al., 2012). Para que exista uma prestação de cuidados com qualidade, é necessário que os enfermeiros compreendam os princípios da ventilação mecânica, assim como reconheçam a tolerância fisiológica de cada PSC (Civetta, Taylor, & Kirby, 1992).

Em UCI, a PSC tem na maioria das vezes instabilidade hemodinâmica (Fernandes, Dias, Costa, & Barbosa, 2009), necessitando de vigilância/monitorização hemodinâmica contínua. Destaco assim a importância de vigiar e monitorizar sinais e sintomas na PSC, de forma a antecipar a instabilidade e risco de falência orgânica, tendo em conta a deteção de riscos e problemas potenciais, que se corrigidos de imediato, previnem uma espiral de agravamento, muitas vezes irreversível, com recurso à tecnologia disponível e à sensibilidade e experiência dos profissionais. O enfermeiro tem uma responsabilidade fundamental na vigilância da PSC uma vez que a monitorização hemodinâmica tem de cumprir princípios de rigor na identificação, interpretação e controlo dos sinais. Dos métodos de monitorização hemodinâmica, saliento o sistema PiCCO e PIA dado terem sido aqueles com que me deparei no estágio. Este primeiro método permite avaliar de forma contínua o débito cardíaco através da técnica de termodiluição e assim fornecer dados objetivos sobre parâmetros que o determinam, como a pré-carga, a resistência sistémica e a contratilidade, facilitando o diagnóstico e o tratamento (Capitão & Pires, 2009); o segundo permite avaliar a pressão intra-abdominal, sendo definida como a pressão uniforme e oculta no interior da cavidade abdominal, através da interação entre a parede abdominal e as vísceras do seu interior, oscilando de acordo com a fase respiratória e a resistência da parede abdominal (Viana, R.A., 2011; Malbrain, M., 2009).

Também no cuidado à PSC em UCI é impossível dissociá-la da sua família, na medida em que o internamento nesta unidade desencadeia sentimentos de insegurança e sofrimento tanto para o doente como para a sua família (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011). Estes internamentos frequentemente acontecem de forma súbita e abrupta estando associados a gravidade e instabilidade clínica, o que dificulta a adaptação da família à nova condição, gerando sentimentos

de ansiedade, medo e incertezas (Castro et al., 2011). A família, na maioria das situações vivencia de forma intensa e emocional todas as alterações no estado clínico do seu familiar (Castro et al., 2011). Por outro lado, o envolvimento da família contribui para o bem-estar e conforto da PSC (Sousa, 2014; Urden et al., 2014). Podemos utilizar a família como recurso de suporte emocional para a PSC, de forma a capacitá-la a dar resposta às suas necessidades. Para promover esse envolvimento, as famílias necessitam de informação. A necessidade de informação parece ser uma das maiores necessidades da família de PSC internadas em UCI (Elliott et al., 2012). Nesse sentido, dentro da minha área de competências, e de acordo com a possibilidade de visitas hospitalares durante o período de pandemia vivenciada, estive presente junto da família, recolhi informação sobre antecedentes da PSC e história atual de doença, forneci informações à família, explicando os procedimentos ou tratamentos necessários, de forma a favorecer o seu esclarecimento de dúvidas, orientei a família no ambiente do serviço e escutei as suas preocupações, tendo assim promovido o seu conforto físico e psíquico (Regulamento nº429/2018, de 16 julho; Wilson & Kolcaba, 2004). Encorajei a família a falar com a PSC, apesar de a mesma se encontrar sedada, e a tocar-lhe como forma de a confortar psicologicamente. Nessa perspetiva, apresentei sempre disponibilidade para conhecer a família, prestar esclarecimentos e antecipar dúvidas. Por exemplo, quando tocava algum alarme da monitorização e se visualizava um fâcies de preocupação no familiar, procurava explicar o que estava a acontecer, tranquilizando-o e confortando-o. Devemos confortar a família, providenciando tempo para a escutar, procurando compreender o que a mesma sabe sobre o seu familiar para poder fornecer informação clara de acordo com as dúvidas mencionadas, conseguindo desta forma demonstrar conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela PSC e sua família (Regulamento nº429/2018, de 16 de julho).

Outra das áreas de intervenção do enfermeiro é a prevenção e controlo da infeção hospitalar, tão mencionada durante estes últimos anos, também devido à pandemia de Covid-19. A proliferação de microrganismos multirresistentes causadoras de infeções associadas aos cuidados de saúde apresenta-se como um grande desafio aos serviços de controlo de infeções hospitalares (SCIH) durante a pandemia de covid-19 (Felix, et al., 2022). Para tal contei com a realização de certos cuidados tais como, monitorizar sinais e sintomas locais e sistémicos de infeção, procedimentos pouco conhecidos por mim; utilizar equipamentos de proteção individual (avental, luvas e máscara) na prestação de cuidados; assegurar a integridade do circuito de drenagem vesical, monitorizar características da urina e assegurar a remoção da sonda vesical assim que esta não seja necessária (DGS, 2013b) e ainda orientar as visitas para a descontaminação alcoólica das mãos antes e depois do contacto com o doente, utilização de EPI's, e higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos "Cinco Momentos" proposto pela OMS e operacionalizado pela DGS (2010b) (Regulamento nº429/2018, de 16 julho). Um procedimento invasivo usual em UCI é a colocação de cateteres (cateter venoso central e cateter arterial), cabendo ao enfermeiro

colaborar nessa colocação assim como a sua manutenção e correto funcionamento, não devendo ficar esquecidos os cabos e fios, mantendo a sua fixação de forma a impedir pequenos incidentes ou interferir com a adequada medição do sistema (Capitão & Pires, 2009). Mais especificamente em termos de cuidados com os cateteres, foi essencial monitorizar locais de inserção dos cateteres para despiste de sinais inflamatórios; assegurar o cumprimento da assepsia durante a inserção e manipulação dos cateteres intravasculares; remover prontamente qualquer cateter que não seja necessário, segundo indicação médica; realizar o penso do local de inserção dos cateteres vasculares a cada 2 dias se se utilizar penso com compressa e a cada 7 dias se se utilizar penso transparente, com técnica asséptica; mudar os sistemas dos cateteres a cada 72h; substituir os sistemas de perfusão de propofol® a cada 6 a 12h e desinfetar *hubs* do cateter e torneiras de três vias com Cloro-hexidina a 2% aquando da administração de terapêutica e substituição de sistemas (Centers for Disease Control, 2011; DGS, 2015).

Tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados a pessoas em situação de paragem cardio-respiratória, internadas nas enfermarias e em locais variados do hospital, através da ativação da equipa de emergência interna intra-hospitalar (EEMI), equipa essa constituída por um médico e um enfermeiro da UCI, destacados em escala. Esta equipa foi constituída no início do ano, coincidindo com o início do meu estágio naquela unidade. Segundo o European Resuscitation Council (2015), estas equipas podem ser ativadas de acordo com as alterações dos valores dos sinais vitais da PSC ou de acordo com critérios de ativação específicos, não devendo, no entanto, serem chamadas apenas em situações de paragem cardiorespiratória, mas sim, em situações de deterioração fisiológica aguda. Neste sentido, e de forma a dar resposta aos meus objetivos de estágio e à necessidade do serviço, realizei uma formação interna, à equipa da UCI, acerca dos critérios de ativação da EEMI e da abordagem ABCDE ao doente crítico (apêndice V).

A gestão do tempo e das prioridades foi algo que fui desenvolvendo ao longo de todo o estágio. Com a enfermeira orientadora foram várias as reuniões de *debriefing* acerca de situações de prestação de cuidados, realçando as situações de sucesso e encontrando estratégias para as situações de insucesso.

A realização do jornal de aprendizagem visou uma reflexão sobre uma situação real de cuidados, baseada na comunicação, analisando o que senti, o que pensei e como agi, contribuindo para a construção de uma nova perspetiva da experiência e uma projeção futura em situação semelhante.

O estágio na UCI foi uma experiência absolutamente nova para mim uma vez que nunca tinha trabalhado ou estagiado num contexto semelhante. Ainda assim, a minha experiência profissional, juntamente com as aulas teóricas no decorrer do ano curricular permitiram-me mobilizar conhecimentos, conferindo-me capacidade para lidar com as situações expostas. Conforme referido por Benner (2001), a enfermeira proficiente apercebe-se da situação na globalidade e não em termos de aspetos isolados, aprende pela experiência quais os acontecimentos que são

expectáveis de acontecer numa determinada situação. Apesar de ser enfermeira iniciada em contexto de cuidados intensivos, foi fácil mobilizar a minha experiência profissional enquanto enfermeira proficiente, o que permitiu desenvolver competências na gestão dos cuidados em trabalho de equipa e na articulação com a equipa multidisciplinar.

A interação com a equipa e principalmente, com a enfermeira orientadora, foi a chave fundamental para o desenvolvimento da minha prática dentro da UCI. Segundo Gohn (2016), a aprendizagem não formal nasce a partir da problematização da vida quotidiana, emergindo os conteúdos a partir dos temas que se colocam como necessidades, carências, desafios, obstáculos ou ações empreendedoras a serem realizadas.

O contato com técnicas complexas de suporte vital como a VMI (Ventilação Mecânica Invasiva), a monitorização invasiva, as técnicas dialíticas, bem como, os momentos de aprendizagem em equipa foram fundamentais para a minha aquisição de conhecimentos acerca destes temas, permitindo igualmente, que desenvolvesse competências relacionadas com o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência multiorgânica, tendo em conta que pude aprofundar os meus conhecimentos acerca destes temas. Concomitantemente, a utilização da metodologia ABCDE para a avaliação do doente crítico possibilitou-me adquirir competências na identificação de focos de instabilidade, bem como na resposta de forma antecipatória à vulnerabilidade clínica do doente (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de fevereiro).

O estágio neste serviço permitiu igualmente desenvolver competências na assistência à família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de fevereiro). Penso ter respeitado os seus valores e crenças, dando-lhe espaço para o esclarecimento de dúvidas.

Considero que o jornal de aprendizagem foi uma atividade de extrema importância para o desenvolvimento das minhas competências. A reflexão sobre a prática de cuidados permite fazer uma ponte entre a teoria e prática, capacitando-nos para uma tomada de decisão com segurança e autodeterminação, tendo sempre como referência, o respeito pelo doente e a sua família. Conforme referem Cerullo e Cruz (2010), a reflexão está presente em todas as ações e decisões da prática do enfermeiro: no diagnóstico dos fenómenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos.

No sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC, foi essencial a realização de uma sessão de formação que promovi em articulação com o contexto de estágio, sobre os critérios de ativação da EEMI e abordagem ABCDE à PSC, com colaboração da enfermeira orientadora, enfermeira chefe da UCI e professora orientadora de ensino clínico. Assumi assim, a responsabilidade de contribuir para os conhecimentos e revisões de conhecimentos e práticas profissionais (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013).

Prestar cuidados de enfermagem especializados na gestão da dor da PSC vítima de trauma

Neste contexto a abordagem sistemática da dor foi uma intervenção de enfermagem presente na minha prática, tendo colaborado na prestação de cuidados de enfermagem que visam a gestão da dor da PSC, tais como avaliação, monitorização, reavaliação, registo e implementação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.

Cuidar da pessoa com dor, em qualquer contexto de cuidados, é um desafio para o enfermeiro pois, cada pessoa sente a dor de forma diferente, não reage e não a verbaliza da mesma forma e, por outro lado, a pessoa pode estar impossibilitada de comunicar pela necessidade de ventilação e sedação, tornando-se assim um procedimento complexo em contexto de UCI. A capacidade de gerir a dor da PSC passa por reconhecer que a mesma existe.

Dada a subjetividade da dor, a autoavaliação é preconizada como a escolha acertada de forma a evitar enviesamento dos dados obtidos (Rahu et al., 2015). No entanto, por vezes tal não é possível sendo necessário recorrer a escalas de heteroavaliação que avaliam parâmetros fisiológicos e comportamentais.

Neste hospital existe um protocolo de monitorização da dor, que embora transversal a todos os serviços do hospital, possui algumas especificidades relacionadas com o tipo de doente internado na UCI. Nesta UCI recorre-se ao uso da EN nas PSC que comunicam e não possuem défice cognitivo. Nas PSC que não comunicam ou apresentam défices cognitivos acentuados aplica-se a escala Doloplus.

Junto da PSC procurei identificar a dor, avaliar a sua intensidade, localização, fatores de alívio e de agravamento, planear as intervenções adequadas ao seu controlo e reavaliar a dor após as intervenções realizadas (OE, 2008), pois só através da reavaliação se pode reajustar as intervenções de acordo com os resultados obtidos (Ferreira et al., 2014).

No que diz respeito às intervenções farmacológicas, pude verificar que praticamente todos as PSC se encontram analgesiadas com fentanil em perfusão contínua, podendo ainda ter associada analgesia em bólus como complemento, demonstrando assim que existe preocupação com a dor, consciência de que esta é frequente em cuidados intensivos (Urden et al., 2014) e o reconhecimento dos benefícios da analgesia multimodal (Sarmiento et al., 2013).

Autores como Benner, Kyriakidis & Stannard (2011) referem que no cuidado altamente tecnológico dos cuidados intensivos, frequentemente invasivo e causador de dor, devem ser integrados os conhecimentos e competências relacionadas com o conforto. Deste modo, foram várias as intervenções não-farmacológicas que pude executar de forma a satisfazer ou manter satisfeitas as necessidades de conforto nos vários domínios identificados por Kolcaba, na tentativa de minimizar os obstáculos à experiência holística de conforto. Relativamente à necessidade de conforto físico, foi satisfeita através do alívio da dor e da execução dos cuidados de higiene corporal, higiene oral, hidratação da pele, massagem ou posicionamento adequado no leito. Foi

ainda efetuada vigilância, monitorização e gestão do regime terapêutico, fundamental para a manutenção da homeostasia, essencial na manutenção desta dimensão do conforto. Outra necessidade de conforto prende-se com a dimensão psicoespiritual, onde a confusão, a ansiedade, o medo e a falta de informação podem ter um papel destabilizador (Wilson & Kolcaba, 2004). Nesta unidade, é utilizada e administrada terapêutica sedativa à PSC, de acordo com prescrição médica. Estas medidas permitem manter a PSC sedada de acordo com a necessidade da sua situação clínica, evitando assim ansiedade, medo e agitação. Apesar dos doentes se encontrarem sob efeito de sedação procurei comunicar oralmente com os mesmos durante os procedimentos e recorri ao toque de forma a promover conforto psicoespiritual. Nas PSC sem efeito de terapêutica sedativa, o conforto psicoespiritual foi promovido através de esclarecimento de dúvidas sobre a sua situação clínica e procedimentos a executar, mostrando sempre disponibilidade para prestar apoio emocional. Nos horários dedicados à visita da pessoa significativa, fomentei a presença da família de forma a facilitar a manutenção de relações interpessoais que são fundamentais para manter um conforto sociocultural (Wilson & Kolcaba, 2004). No que diz respeito ao conforto ambiental, percebe-se que num ambiente de cuidados intensivos esse conforto pode estar facilmente afetado, devido ao ruído dos profissionais e equipamentos, luzes, temperatura desconfortável e falta de privacidade (Wilson & Kolcaba, 2004). Para além da utilização do humor e da distração, já referidas anteriormente, saliento a técnica de aplicação de gelo em regiões com edemas e hematomas e a utilização de roupa aquecida como intervenções não-farmacológicas utilizadas na UCI. A aplicação de frio e calor é relatada por Williams et al. (2009) como uma intervenção não-farmacológica utilizada na promoção do conforto em pessoas hospitalizadas. Por esse motivo, é importante a realização de intervenções que favoreçam a gestão adequada do ambiente tais como, diminuição das luzes, do ruído, utilização de cortinas para manter a privacidade e controlo da temperatura através da utilização de roupa (camisa de dormir/roupa de cama), tendo sido uma preocupação que mantive na minha ação. As intervenções de enfermagem que utilizei foram adaptadas às características de cada doente, tendo como objetivo influenciar o conforto nas suas várias dimensões, sabendo que estas se influenciam mutuamente, obtendo-se como resultado a satisfação da necessidade de conforto de uma forma holística.

Sabendo que a dor está associada à grande maioria das situações que requerem cuidados de saúde (DGS, 2003), destaco o reconhecimento de procedimentos causadores de dor (entubação endotraqueal, colocação de drenagem torácica, colocação de cateteres, realização de pensos cirúrgicos, entre outros), intervindo antecipadamente na sua gestão. Neste sentido, pude intervir na antecipação de analgesia pré procedimentos assim como a realização de intervenções não-farmacológicas de alívio da dor e otimização do conforto, como a explicação dos procedimentos, a colocação do doente em posicionamento adequado ou o toque como forma de promover o conforto (Barr et al., 2013).

A realização de um estudo de caso, visando uma estratégia de investigação empírica que permite estudar em profundidade fenómenos no seu contexto real (Grilo & Mendes, 2012), permitiu-me analisar de forma sistematizada uma situação de cuidados, desde a pesquisa realizada para o enquadramento teórico e a ligação da situação selecionada com a Teoria do Conforto de Kolcaba, tendo realizado a avaliação de acordo com as intervenções instituídas e estruturado um plano de cuidados com o levantamento de diagnósticos adequados à situação, planeamento e execução de atividades e resultados esperados, de acordo com a linguagem NANDAI (NANDA Internacional, 2015). A escolha do caso clínico derivou do facto de ter sido uma PSC à qual durante o seu internamento me foi possível prestar cuidados de enfermagem direcionados, através da avaliação e controlo da dor na vítima de trauma.

A realização do estudo de caso permitiu-me mobilizar conhecimentos, melhorar a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas numa situação nova (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013). Neste relato destaquei a relevância da correta avaliação e monitorização da dor aguda, bem como a importância do cumprimento da analgesia prescrita e o benefício da utilização de técnicas não-farmacológicas para um controlo mais eficaz da dor, bem como a abordagem diferenciada da vítima de trauma. A elaboração deste trabalho possibilitou-me a aquisição de competências na mobilização de dados dos relatórios de investigação, bem como no desenvolvimento de um nível aprofundado de conhecimentos na área da gestão da dor na vítima de trauma e a construção de uma consciência crítica acerca do tema, onde pude articular a teoria com a prática de forma a consolidar os conhecimentos adquiridos expondo com clareza os resultados do meu próprio raciocínio, tal como defendido pelas competências a desenvolver para o Mestrado na Área de Especialização em PSC (ESEL, 2010).

No que concerne à abordagem da vítima de trauma é importante vigiar e prevenir as complicações precoces, nomeadamente a infeção, a síndrome compartimental, a coagulopatia, a reação dos aparelhos de fixação externa, a diminuição da perfusão periférica e a dor relacionada com a fratura (Smeltzer et al., 2011). Neste sentido, foi-me exigida competência técnica e científica para a prestação de cuidados especializados, estando alerta para os sinais de agravamento do estado clínico do doente que poderiam surgir, tais como sinais inflamatórios, coagulopatia, desadaptação ao modo ventilatório devido à diminuição progressiva da saturações, controlo algico, realização de pensos, cuidados de higiene e conforto, monitorização contínua de parâmetros vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura), débito urinário horário, prevenindo e despistando precocemente, como por exemplo, o choque hipovolémico.

Tive a oportunidade de abordar uma vítima de TCE grave, onde a equipa de neurocirurgia considerou importante a implementação de medidas neuroprotetoras. Estas medidas passam por alguns procedimentos de tratamento e vigilância, nomeadamente manter o posicionamento da cabeça em posição neutra e elevada a trinta graus, a manutenção da temperatura corporal na

normotermia, a apertada monitorização hemodinâmica (Pressão Arterial Média (PAM), Pressão Venosa Central (PVC), Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), a ventilação mecânica invasiva, uma adequada sedação e analgesia e um adequado suporte nutricional e hídrico (Bratton et al., 2007; Giugno, Maia, Kunrath, & Bizzi, 2003). Estas medidas têm como objetivo otimizar a perfusão cerebral e a oxigenação tecidual, evitando a ocorrência da lesão cerebral secundária, uma vez que poderá acontecer num espaço muito curto após a lesão cerebral primária (AANN, 2009).

Como já referido anteriormente, o protocolo de perfusão de insulina, assumiu-se como um dos protocolos terapêuticos que mais me despertou interesse, uma vez que na UCI, a hiperglicemia encontra-se intimamente associada ao aumento da mortalidade e morbidade na PSC, nomeadamente no trauma (Van den Berghe, 2004). Assumindo-se como uma resposta fisiológica ao trauma, há estudos que demonstram que, na fase aguda da PSC vítima de trauma, a terapêutica intensiva de insulina promove a normalização da glicémia através da diminuição da produção endógena de glicose pelo organismo, enquanto que glicémias superiores a 200mg/dl tendem a prolongar o internamento na UCI, aumentam o tempo em ventilação mecânica e aumenta a incidência de infeções (Kovalaske & Gandhi, 2009; Laird, Miller, Kilgo, Meredith, & Chang, 2004; Thorell et al., 2004).

Durante o meu estágio houve uma preocupação acrescida pela gestão de protocolos farmacológicos de combate à dor (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de fevereiro), mantendo-me sempre alerta para a medicação analgésica prescrita de forma contínua, bem como aquela prescrita em horário certo e em SOS.

As medidas não-farmacológicas são uma importante ferramenta para o alívio da dor (Regulamento n.º 429/2018, de 18 de fevereiro) e segundo Gélinas, Arbour, Michaud, Robar e Côté (2013), estas medidas têm o potencial de complementar intervenções farmacológicas podendo oferecer opções de tratamento alternativas no tratamento de alguns sintomas, nomeadamente a dor. Assim, em paralelo com as medidas farmacológicas, pus em prática algumas técnicas não-farmacológicas de forma a proporcionar maior conforto à PSC.

Em discussão com alguns enfermeiros cheguei à conclusão de que as medidas não-farmacológicas são aplicadas regularmente às PSC internadas na UCI, no entanto, raramente são registadas. Desta forma, a perceção da sua utilização, bem como da sua eficácia, fica comprometida. Desta forma, procedi sempre ao registo da intensidade da dor no sistema informático. Os registos de enfermagem são uma ferramenta essencial e um instrumento valioso na prestação de cuidados de enfermagem, fornecedores de informação objetiva aos profissionais de saúde com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados ocorridos durante um determinado período de tempo e a comunicação entre a equipa de cuidados, constituindo-se como uma das atividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados (Torres & Reis, 2002; CJ 126/2009, 2009).

Sabendo que cabe ao enfermeiro a avaliação intencional das necessidades de conforto e a adoção de medidas para satisfazer essas necessidades (Kolcaba, 2003), considero que só faz sentido a aplicação das intervenções de controlo da dor (protocolos farmacológicos e intervenções não-farmacológicas) se estas foram acompanhadas do seu registo. Só assim é possível haver continuidade aos cuidados e comunicação entre a equipa.

Terminado este percurso considero que desenvolvi competências de enfermagem na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, antecipando as respostas, recorrendo a intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (Regulamento no 429/2018, de 18 de fevereiro).

Prestei cuidados à PSC submetida a VMI, sedada e por isso incapaz de autoavaliar a dor, o que me permitiu conhecer mais detalhadamente as escalas padronizadas para a adequada avaliação da dor nestas PSC, desenvolvendo perícia na sua aplicação, de forma a otimizar os resultados das intervenções de enfermagem.

Considero um contributo para a minha prática profissional, o aumento do conhecimento sobre a gestão da dor na PSC internada, o que se traduziu num reconhecimento pelos pares do meu serviço de prestação de cuidados, enquanto elemento de referência na área da gestão da dor.

Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da PSC

Desde há alguns anos que o processo de aprendizagem deixou de ser uma preocupação exclusiva do âmbito académico e passou a integrar as agendas das empresas, nomeadamente das instituições de saúde (Riche & Alto, 2001). Não obstante, o reconhecimento e a validação das aprendizagens experienciais situa-se no cruzamento de diversas esferas: o mundo da educação/formação, o mundo do trabalho e das organizações e a sociedade em geral (Pires, 2007).

A formação dos enfermeiros em contexto de trabalho é importante para a sua prática de cuidados. Assim, promover a formação de enfermeiros envolvidos na EEMI permitiu capacitar estes profissionais para uma prática de cuidados mais diferenciada e padronizada.

A formação debruçou-se essencialmente sob os critérios de ativação da equipa de emergência intra-hospitalar e a abordagem padronizada à PSC. Sendo uma necessidade do serviço identificada, previamente, em conjunto com a enfermeira orientadora de estágio e a enfermeira chefe da UCI, achei pertinente a realização da referida formação entre pares e adaptação dos objetivos já definidos anteriormente.

A sessão de formação realizou-se no dia 11 de março pelas 11h no auditório do centro hospitalar, contando com a presença dos enfermeiros da UCI. Todos os presentes deram um feedback bastante positivo da sessão, classificando o tema como pertinente para a sua prática de cuidados atual. Achou-se ainda pertinente, a realização da referida formação, para os restantes pares dos serviços de internamento, visto serem estes que acabam por realizar grande parte das ativações da EEMI.

A sessão de formação foi um importante momento de reflexão e de partilha de conhecimento, pelo facto de estarem presentes os enfermeiros constituidores da EEMI.

A realização desta sessão de formação permitiu-me adquirir competências no diagnóstico das necessidades formativas do serviço, enquanto facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, bem como no favorecimento da aprendizagem, na destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, de 18 fevereiro). Permitiu que todos explanassem as suas dificuldades e sugerissem estratégias para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados à PSC.

CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio enumera e critica, reflexivamente, o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem adquiridas no CMEPSC, realizado de forma a responder às aptidões enunciadas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre (Decreto-Lei nº65/2018), às competências comuns e específicas para enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019; Regulamento nº429/2018), aos objetivos traçados para este ciclo de formação (ESEL, 2010) e aos níveis de competência descritos por Benner (2001).

De forma a oferecer o meu contributo à profissão e disciplina de enfermagem, a motivação profissional e individual que direcionou ao ingresso neste mestrado, numa área da prestação de cuidados que se apresenta como uma preferência pessoal, tornou-se mais intensa com a oportunidade de adquirir e desenvolver competências inseridas num tema que sempre se mostrou do meu interesse, a gestão da dor da PSC vítima de trauma.

É um facto que o trauma se apresenta como um relevante problema de saúde, estando classificado como uma das dez principais causas de morte, estimando-se que em 2030 será a terceira principal causa de morbilidade. Este fato faz com que seja crucial apostar na melhoria dos cuidados prestados à pessoa vítima de trauma, nas diversas fases e contextos, verificando-se que a intervenção do enfermeiro na abordagem à pessoa vítima de trauma, contribui, em muito, para a melhoria dos cuidados prestados. Uma das principais consequências do trauma na PSC é a dor, podendo causar prejuízos significativos à mesma. A avaliação e controlo tardios da dor trazem repercussões negativas em termos fisiológicos, metabólicos e psicossociais, estando esta diretamente associada ao desconforto experienciado no contexto físico ou conforto prejudicado. Por esse motivo, torna-se indispensável o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a otimização do controlo da dor da PSC vítima de trauma. Neste sentido, a avaliação e registo contínuo da intensidade da dor manifestam-se como intervenções imperativas de boas práticas de cuidados.

A utilização da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, como referencial teórico que sustenta este relatório, deveu-se, essencialmente, à confirmação de que o conteúdo em que se baseia este meu percurso, deve ser congruente com a minha ideologia de “ser enfermeira”, e do modo como preconizo o desenvolvimento da enfermagem, reconhecendo a importância do conforto enquanto forma de cuidar.

Este percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, na área da PSC, por não ser desconhecido para mim na sua totalidade, desafiou-me a sair da minha zona de conforto, procurando novas oportunidades. Contudo, se o concretizar deste caminho se revela desafiador por si só, aliado à pior fase pandémica de SARS-Cov₂, revelou-se o conciliar de um conjunto de vivências, experiências e sentimentos, que tanto impeliram à continuação, quanto colocaram tudo

em causa.

Considerando os objetivos propostos, e realizando uma retrospectiva ao percurso desenvolvido, considero que os mesmos foram atingidos, enfatizando as seguintes competências desenvolvidas: promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC e sua família; mobilização de padrões de conhecimento sólidos para a práxis clínica; competências de autoaprendizagem; seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão; prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica; consciência crítica para os problemas atuais da disciplina de enfermagem; e demonstração de um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem.

Investi essencialmente na gestão da dor na PSC vítima de trauma, tendo por esse motivo procurado momentos de aprendizagem em torno desse objetivo. Quando não foi possível, devido a uma baixa casuística de vítimas de trauma em ambos os contextos, procurei transferir o conhecimento de outras áreas de estudo, que pudessem dar também resposta.

A prestação de cuidados no SU e UCI constituíram-se um desafio enorme, enquanto experiência, exigindo um maior esforço na aquisição e desenvolvimento de competências, que me permitissem prestar cuidados em situações de urgência e/ou emergência. A variedade de especialidades médicas e cirúrgicas, as equipas multidisciplinares de grandes dimensões, os espaços físicos em crescente reformulação e expansão, a baixa casuística de vítimas de trauma, foram confrontos que se demonstraram das maiores dificuldades. Contudo, a recetividade e a disponibilidades destas equipas, o acompanhamento dos enfermeiros orientadores e a iniciativa e proatividade na procura das melhores experiências de aprendizagem, permitiram efetivar este percurso. Foi-me fornecida a oportunidade de consolidação de conhecimentos e habilidades relacionadas com o cuidar da PSC em situações urgentes e/ou emergentes e a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, destacando a prestação de cuidados de alta complexidade, nomeadamente, à pessoa submetida a VMI, a técnicas de substituição renal contínua e intermitente, monitorização e vigilância da PSC através de métodos invasivos, gestão de protocolos terapêuticos complexos, a implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção no manuseamento de dispositivos invasivos e a gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC, através de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. Pude ainda observar PSC que necessitavam de avaliação e intervenção imediatas, com elevado grau de instabilidade, prevendo e antecipando situações de risco iminente, desenvolvendo competências na identificação de intervenções prioritárias (avaliação ABCDE), sistematizando a avaliação da PSC. Tive ainda oportunidade de colaborar com a equipa de emergência médica intra-hospitalar.

Aliado à prestação de cuidados à PSC e família, também os momentos formativos formais e informais, a realização da RIL e proposta de divulgação numa revista e registo na plataforma

Prospero, a elaboração de um póster científico e a sua consequente apresentação no *Webinar*, o recurso à pesquisa bibliográfica, a elaboração de jornais de aprendizagem, estudo de caso, relatórios parcelares e atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, os momentos de reflexão com os enfermeiros orientadores e professora orientadora e a partilha de experiências com as equipas multidisciplinares, constituíram fontes de conhecimentos no meu percurso de desenvolvimento de competências.

Considero, assim, que atingi os objetivos para os quais me propus inicialmente, tendo em conta que desenvolvi competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da PSC vítima de trauma, através da consolidação de conhecimentos, da prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC e sua família, do pensamento crítico e reflexivo acerca da necessidade de competências especializadas e do contributo para o aumento do conhecimento e das competências das equipas de enfermagem por onde passei.

A gestão da dor da PSC vítima de trauma, apesar de ser um tema sensível aos cuidados de enfermagem, demonstra-se ainda pouco disseminado nos contextos de prestação de cuidados. Por esse motivo, o objetivo de publicar um artigo científico, como forma de disseminação do conhecimento resultante da RIL, revelar-se-á um contributo para o meu desenvolvimento profissional e para a evolução da enfermagem enquanto profissão e disciplina.

Perspetivando o futuro, pretendo assumir a responsabilidade profissional na prestação de cuidados à PSC, em particular na gestão da dor da PSC vítima de trauma e, dessa forma, contribuir para a eficaz e atempada avaliação da dor na vítima de trauma. A aquisição e desenvolvimento de competências assume-se como um processo complexo e contínuo, pelo que antevêo que o desenvolvimento de competências irá continuar pelo futuro, existindo ambição de continuar a aplicar e ampliar os conhecimentos adquiridos até então, partilhar experiências com outros profissionais de saúde e de gerar, sempre que possível, uma oportunidade para melhorar a abordagem à pessoa vítima de trauma com dor, perspetivando a mobilização de serviço, para outro que detenha, ou que se prevê, um maior número de PSC, permitindo-me ser um agente de mudança.

De salientar que já durante este percurso passei a integrar o grupo Institucional da Dor do hospital onde exerço funções, como elo de ligação. Com esta inclusão, pretendo transferir as aprendizagens resultantes do meu percurso no CMEPSC para o meu contexto de trabalho, demonstrando assim um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem (ESEL, 2010), desempenhando a responsabilidade de elemento de referência dentro da equipa, de forma a garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSC.

Termino, partilhando a ideia defendida por Kolcaba (2003) de que compete aos enfermeiros liderar o caminho de trazer de volta o conforto do doente e a consciencialização dos profissionais acerca da pertinência deste tema, já que a efetiva gestão da dor da PSC vítima de trauma é parte significativa do conceito de conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlers, S., et al. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, 12 (1), 15-R22.
- American Association of Neuroscience Nurses. (2009). *Nursing Management of Adults with Severe Traumatic Brain Injury - AANN Clinical Practice Guideline Series*. Glenview: American Association of Neuroscience Nurses
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support: student course manual* (9a ed.).
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2018). *Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Chicago: American College of Surgeons.
- American Heart Association. (2015). *Guidelines 2015 CPR& ECC*. Dallas: American Heart Association.
- American Trauma Society (2011). About de American Trauma Society. Acedido a 22/09/2020. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II(9), 61–67.
- Apóstolo, J., Antunes, M., Mendes, A., & Castro, I. (2012). Conforto/Desconforto em Doentes Internados em Clínica Psiquiátrica. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 7(7), 33–38. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0077>
- Azevedo, L.F., Pereira, A.C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., et al. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-56.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>

- Batalha L. (2010). Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L., Duarte, C.I.A., Rosário, R.A.F., Costa, M., Pereira, V. & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale - Intubated Patient (BPSIP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 7–16.
- Batalha, L. & Mendes, V. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência*, 11, 7–17.
- Batalha L, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 7-14.
- Benov, A., Salas, M., Nakar, H., Antebi, B., Tarif, B. & Yitzhak, A. (2017). Battlefield pain management: A view of 17 years in Israel Defense Forces. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 83(1), 150-155. Doi: <https://doi.org/10.1097/ta.0000000000001481>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). Clinical wisdom and interventions in acute and critical care - a thinking-in-action-approach (2^a ed.). Nova York: Springer Publishing Company
- Bible, D. (2006). Pain Assessment at Nurse Triage: A Literature Review. *Emergency Nurse*, 14 (3), 26–30.
- Bratton, S. L., Chestnut, R. M., Ghajar, J., McConnell Hammond, F. F., Harris, O. A., Hartl, R., Wright, D. W. (2007). Indications for Intracranial Pressure Monitoring. *Journal of Neurotrauma*, 24(1), 37-44.

- Calil, A., & Pimenta, C. (2005). Intensidade da dor e adequação da analgesia. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 13(5), pp. 692-9.
- Calil, A., & Pimenta, C. (2008). Gravidade de lesão e analgesia em pacientes que sofreram acidentes de transporte. *Acta Paul Enferm*, 21(3), pp. 398-403.
- Capella, J., Smith, S., Philp, A., Putnam, T., Gilbert, C., Fry, W., ... ReMine, S. (2010). Teamwork Training Improves the Clinical Care of Trauma Patients. *Journal of Surgical Education*, 67(6), 439–443. DOI:10.1016/j.jsurg.2010.06.006.
- Capitão, E., & Pires, J. (2009). Como eu, enfermeiro, faço monitorização hemodinâmica. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(3).
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI : Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 15, 41–59.
- Centers for Disease Control. (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, 2011. Washington: Centers for Disease Control.
- Cerullo, J., & Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
- Civetta, J., Taylor, R., & Kirby, R. (1992). *Tratado de terapia Intensiva*. Bela Vista: Editora Manole Lda.
- Coelho, F. (2017). *Liderança em enfermagem e o burnout nos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Cohen, S. P., Christo, P. J., & Moroz, L. (2004). Pain Management in Trauma Patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83(2), 142–161.
- Cooney, D. R., Wallus, H., Asaly, M., & Wojcik, S. (2013). Backboard time for patients receiving spinal immobilization by emergency medical services. *International Journal of Emergency Medicine*, 6(1), 17. DOI:10.1186/1865-1380-6-17.

Cunha, M., Santos, M. R., Duarte, J., & Mota, M. (2020). Gestão da Dor na Prática de Enfermagem no Serviço de Urgência. *Millenium*, 2(5), 269-279. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

Decreto-Lei N.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Presidência do Conselho de Ministros – Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147- 4182, ELI: <https://data.dre.pt/eli/declei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>.

Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto. (2014). Reorganização da Rede de Serviços de Urgência. Diário da República, 2ª série, n.º 153 (11/08/2014). 20673 - 20678.

Diário da República. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2.ª Série, N.º 135, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Nº 09/DGCG de 14 de junho. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD-Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa Nº 07/DQS/DQCO. Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Acedido a 03/01/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/circular-normativa-n-07dqsdqco-de-31032010-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2010a). Circular Normativa Nº 15/DQS/DQCO - Criação e implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2010b). Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Circular Normativa Nº 002/2015 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Abordagem da Transfusão Maciça no Adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral do Ensino Superior (2013). Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações. Lisboa: Direção-Geral do Ensino Superior.
- Dißmann, P. D., Maignan, M., Cloves, P. D., Gutierrez Parres, B., Dickerson, S., & Eberhardt, A. (2018). A Review of the Burden of Trauma Pain in Emergency Settings in Europe. *Pain and Therapy*, 7(2), 179–192. <https://doi.org/10.1007/s40122-018-0101-1>
- Duffy, J. (2009). *Quality Caring in Nursing*. New York: Springer Publishing Company. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC No NCE/09/01932. Lisboa: ESEL.
- Edlich, R. F., Mason, S. S., Vissers, R. J., Gubler, K. D., Thacker, J. G., Pharr, P., ... Long, W. B. (2011). Revolutionary advances in enhancing patient comfort on patients transported on a backboard. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(2), 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2009.08.027>
- Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN's Critical Care Nursing* (2^a ed.). Chatswood: Elsevier.
- Emergency Nurses Association. (2013). *Trauma Nursing Core Course (TNCC)*. (7th ed.). Des Plaines: Emergency Nurses Association.
- Emergency Nurses Association. (2014). *TNCC - Trauma Nursing Core Course Provider Manual* (ENA). Des Plaines.

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objetivos e competências do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoaem Situação Crítica. Acedido a 03/02/2016. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- European Resuscitation Council. (2015). Suporte Avançado de Vida (7a Edição). European Resuscitation Council.
- Faigeles, B., Howie-Esquivel, J., Miaskowski, C., Stanik-Hutt, J., Thompson, C., White, C., ... Puntillo, K. (2013). Predictors and Use of Nonpharmacologic Interventions for Procedural Pain Associated with Turning among Hospitalized Adults. *Pain Management Nursing*, 14(2), 85–93. DOI:10.1016/j.pmn.2010.02.004.
- Felix, K., Junior, C., Gennaro, L., Melo, J., Mauricio, F., Toledo, T. & Medeiros, E. (2022). Avaliação das ações do serviço de controle de infecção hospitalar no controle de microrganismos multirresistentes nas UTI de um hospital terciário durante a pandemia de covid-19. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 26(1), 10-11.
- Fernandes, A., Dias, C., Costa, P., & Barbosa, S. (2009). Hemodinâmica no século XXI: um desafio para a medicina intensiva. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*, 16(3).
- Fernández, J. S. C. & Martínez, J. T. (2010). Medical approach of pain in prehospitalary system. *Revista Rol de Enfermería*, 33(6), 62-64. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/delivery?hid=13&sid=71b5f32a-9895-400c-bec2-9c4de0f9ca70%40sessionmgr12&vid=139>>.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Telles de Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20.
- Finn, J., Rae, A., Gibson, N., Swift, R., Waltters, T., & Jacobs, I. (2012). Reducing time to analgesia in the emergency department using a nurse-initiated pain protocol: A before-and-after study. *Contemporary Nurse*, 43(1), pp. 29-37.
- Fosnocht, D., & Swanson, E. (2007). Use of a triage pain protocol in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 25, pp. 791-793.

- Freitas, P., & Terrasêca, M. (2013). Aprendizagem e avaliação em ensino clínico. A teoria dos três mundos. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, 4(2), 36– 47.
- Ganley, G. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49–57.
- Ganley, L., & Gloster, A. (2011). An overview of triage in the emergency department. *Nursing Standard*, 26(12), 49-56.
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318.
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K.A., Viens, C. & Fortier, M. (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *Am J Crit Care*, 15(4), 420-7.
- Germossa, G., Sjetne, I., & Helleso, R. (2018). The Impact of an In-service Educational Program on Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in an Ethiopian University Hospital. *Frontiers in Public Health*, 6 (229), 1-7.
- Giugno, K. M., Maia, T. R., Kunrath, C. L., & Bizzi, J. J. (2003). Tratamento da hipertensão intracraniana. *Jornal de Pediatria*, 79(4), 287–296.
- Godinho, N. (2020). Guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações - Norma APA. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Goh, H., Choo, S., Lee, I., & Tham, K. (janeiro de 2007). Emergency department triage nurse initiated pain management. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 14(1), pp. 16-21.
- Gohn, M. (2016). Educação Não Formal nas Instituições Socais. *Revista Pedagógica*, 18(39), 59–75.
- Gomes, E., Araújo, R., Carneiro, A., Dias, C., Lecky, F., & Costa-Pereira, A. (2008). Mortality Distribution in a Trauma System: From Data to Health Policy Recommendations . *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 561-569.
- Grap, M. J., Munro, C. L., Wetzel, P. A., Best, A. M., Ketchum, J. M., Hamilton, V. A., ... Sessler,

- C. N. (2012). Sedation in Adults Receiving Mechanical Ventilation: Physiological and Comfort Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 21(3).
- Grilo, E., & Mendes, F. (2012). O estudo de caso como estratégia de investigação em enfermagem. In III Congresso de Investigação Ibero-Americano de Países de Língua Oficial Portuguesa. Coimbra.
- Grossbach, I., Chlan, L., & Tracy, M. F. (2011). Overview of mechanical ventilatory support and management of patient- and ventilator-related responses. *Critical Care Nurse*, 31(3), 30–44. <https://doi.org/10.4037/ccn2011595>
- Guarda, H. Avaliação da Dor na Pessoa Idosa Não-Comunicante Verbalmente – Escala Doloplus 2. *Dor*. 2007; 15(1): 41-47.
- Herr, et al. (2006). Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.
- Hess, D. (2012). The growing role of noninvasive ventilation in patients requiring prolonged mechanical ventilation. *Respiratory Care*, 57(6), 900–918. <https://doi.org/10.4187/respcare.01692>
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6a ed.). Loures: Lusociência.
- Hsu, K., Chen, L. & Hsieh, P. (2016). Effect of music intervention on burn patients' pain and anxiety during dressing changes. *Burns*, 42(8), 1789-1796. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.006>
- International Association for the Study of Pain (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, Trad.). (s.l.) (s.n.) (Tradução do original do inglês *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings*, 2009, Seattle: Andreas Kopf & Nilesh Patel, Ed)
- International Association for the Study of Pain (2014). *IASP Taxonomy* [em linha]. IASP Web site.

- Internacional Council of Nurses (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão 2)*. Lusodidacta.
- International Council of Nurses. (2010). *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care*. Geneva: International Council of Nurses.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institutereviewers' manual: 2014 edition*. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
- Khalid, I., Sherbini, N., Qushmaq, I., Qabajah, M., Nisar, A., Khalid, T., & Hamad, W. (2014). Outcomes of patients treated with noninvasive ventilation by a medical emergency team on the wards. *Respiratory Care*, 59(2), 186–193. <https://doi.org/10.4187/respcare.02515>
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Care and Research* (Springer P). New York: Springer Publishing Company.
- Kovalaske, M. A., & Gandhi, G. Y. (2009). Glycemic control in the medical intensive care unit. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 3(6), 1330–41.
- Kumar, N. (2007). WHO normative guidelines on pain management. Geneva: World Health Organization, 3–4.
- Laird, A. M., Miller, P. R., Kilgo, P. D., Meredith, J. W., & Chang, M. C. (2004). Relationship of early hyperglycemia to mortality in trauma patients. *The Journal of Trauma*, 56(5), 1058–62.
- Lanfrit, R., Chittaro, S., Compagni, S. D., Russo, D. Del, & Mancusi, R. L. (2017). Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *Journal of Pain Research*, 10, 2479–2488.
- Lourens, A., Parker, R., & Hodkinson, P. (2020). Prehospital acute traumatic pain assessment and management practices in the Western Cape, South Africa: A retrospective review. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00278-w>

- Mota, M., Cunha, M., Santos, M., Silva, D. & Santos, E. (2019). Non-pharmacological interventions for pain management in adult victims of trauma: a scoping review protocol. *Journal of Clinical Nursing*, 30(12), 2483-2490. Doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-004036>
- Mota, M., et al. (2020). Pain management in nursing practice in the emergency department. *Millenium. Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 269–279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>
- Mura, P., Serra, E., Marinangeli, F., Patti, S., Musu, M., Piras, I., ... Finco, G. (2017). Prospective study on prevalence, intensity, type, and therapy of acute pain in a second-level urban emergency department. *Journal of Pain Research*, 10, 2781-2787. <https://doi.org/10.2147/JPR.S137992>
- NANDA Internacional. (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA 2015-2017* (10th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de enfermagem*. Santo Tirso: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*, 224. Ordem dos Médicos.
- Papathanassoglou, E., Hadjibalassi, M., Miltiadous, P., Lambrinou, E., Papastavrou, E., Paikousis, L. & Kyprianou, T. (2018). Effects of an Integrative Nursing Intervention on Pain in Critically Ill Patients: A Pilot Clinical Trial. *American journal of critical care*, 27(3), 172–185. Doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018271>
- Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. F. A. Davis Company, Philadelphia. Retrieved from [http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf](http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing%20Theories%20and%20Nursing%20Practice.pdf)

- Patel, M. B., Humble, S. S., Cullinane, D. C., Day, M. A., Jawa, R. S., Devin, C. J., ... Como, J. J. (2015). Cervical spine collar clearance in the obtunded adult blunt trauma patient. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78(2), 430–441. DOI:10.1097/TA.0000000000000503.
- Payen, et al., (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258-2263.
- Pimenta, C. & Teixeira, M. (2020). Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 47(2), 177-186.
- Pires, A. (2007). Reconhecimento e Validação das Aprendizagens Experienciais. Uma Problemática Educativa. *Sísifo - Revista de Ciências de Educação*, 2, 5-20.
- Polomano, R., Fillman, M., Giordano, N., Vallerand, A., Nicely, K. & Jungquist C. (2017). Multimodal Analgesia for Acute Postoperative and Trauma-Related Pain. *The American Journal of Nursing*, 117(3), S12-S16. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000513527.71934.73>
- Proctor, A., Morse, J. M., & Khonsari, E. S. (1996). Sounds of comfort in the trauma center: How nurses talk to patients in pain. *Social Science and Medicine*, 42(12), 1669–1680. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00298-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00298-7)
- Puntillo, K., Neighbor, M., O'Neil, N., & Nixon, R. (2003). Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 4(4), 171–175. [https://doi.org/10.1016/S1524-9042\(03\)00033-X](https://doi.org/10.1016/S1524-9042(03)00033-X)
- Rahu, M., Grap, M., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elswick, R. (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 514–524.
- Raja S.N., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro

especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

Regulamento n.º 361/2015(2015). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 2ª Série - n.º 123 - 26 de junho de 2015 (2015). Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série (N.º 135 de 16-07-2018), 19359-19370. ELI: <https://dre.pt/home/-/dre/115698617/details/maximized>.

Ribeiro, N. C. A., Barreto, S. C. C., Hora, E. C., & Sousa, R. M. C. de. (2011). O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(1), 146–152.

Riche, G. A., & Alto, R. M. (2001). As organizações que aprendem, segundo Peter Senge: “A Quinta Disciplina.” *Cadernos Discentes COPPEAD*, 9, 36–55.

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L., & Estudantes do 7º CLE (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas, *Percursos*, 15, 1–37. Acedido em 04/10/2020. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Caring for the family of the critically ill person: the experience of nurses. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.

Salman, A., Milbrandt, E., & Pinsky, M. (2010). The role of noninvasive ventilation in acute cardiogenic pulmonary edema. *Critical Care*, 14(303), 1–3.

Sallum, A. M. (2009). Analgesia em acidentados de transporte: indicadores para uma atuação segura na emergência. *Rev. Min. Enferm.*, 13(1), pp. 107-114.

Sallum, A. M. C., Santos, J. L. F. & Lima, F. D. (2012). Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1), 3–10.

- Sallum, A. M. C. & Sousa, R. M. C. (2012). Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 256–262. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000200016>
- Saranteas, T., Kostoglou, A., Anagnostopoulos, D., Giannoulis, D., Vasiliou, P. & Mavrogenis, A. (2019). Pain is vital in resuscitation in trauma. *SICOT-J*, 5(28), 1-5. Doi: <https://doi.org/10.1051/sicotj/2019028>
- Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória. Porto: Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória.
- Sessler, C. (2009). Progress toward eliminating inadequately managed pain in the ICU through interdisciplinary care. *Chest*, 135(4), 894-896.
- Silva, A. P., Diniz A. S., Araújo F. A. & Souza C. C. (2013). Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o protocolo de manchester. *Revista de enfermagem do Centro - Oeste Mineiro*, 3 (1), 507-517.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., & Suddarth, D. C. (2011). Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. (12aEd.). Rio de Janeiro: Guanabara/ Koogan.
- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4ª ed.). Filadélfia: F.A. Davis Company.
- Sousa, P. (2014). O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica.
- Swearingen, P. & Keen J.. (2003). Manual de enfermagem de cuidados intensivos: Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Swearingen, P., & Keen, J. (2005). Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes (4a ed.). Lusociência.
- Thim, T., Krarup, N. H. V., Grove, E. L., Rohde, C. V., & Lofgren, B. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE)

- approach. *International Journal of General Medicine*, 2012(5), 117-121. DOI: 10.2147/IJGM.S28478.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (5.a Edição).
- Torres, M., & Reis, M. (2002). Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem. *Sinais Vitais*, 41, pp. 57-59.
- Thorell, A., Rooyackers, O., Myrenfors, P., Soop, M., Nygren, J., & Ljungqvist, O. H. (2004). Intensive Insulin Treatment in Critically Ill Trauma Patients Normalizes Glucose by Reducing Endogenous Glucose Production. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(11), 5382–5386.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5a ed.). Lusodidacta.
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2014). *Critical care nursing diagnosis and management* (7th ed.). Missouri: Elsevier.
- Van den Berghe, G. (2004). How does blood glucose control with insulin save lives in intensive care? *Journal of Clinical Investigation*, 114(9), 1187–1195.
- Weinberg, B., Roos, R. & Van Aswegen, H. (2018). Effectiveness of non-pharmacological interventions for pain and physical function in adults with rib fractures: a systematic review protocol. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 16(8), 1599–1605. Doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003600>
- Wong, E., Chan, H., Rainer, T., & Ying, C. (2007). The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10, pp. 64- 72.
- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15 (3), 145–55.

- Wilson, B. (2007). Nurses' knowledge of pain. *Journal of Clinical Nursing*, 1012–1020.
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>
- Wong, E., Chan, H., Rainer, T., & Ying, C. (2007). The effect of a triage pain management protocol for minor musculoskeletal injury patients in a Hong Kong emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10, 64- 72.
- Wright, A. J. (2011). Trauma resuscitations and patient perceptions of care and comfort. *Journal of Trauma Nursing : The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 18(4), 231–238.
<https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e31823a49eb>
- Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management, 2(4), 474–478.
<https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2011.04.0100>

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Participação no Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico

Adulto/Idoso *"Formação, Investigação e Exercício Clínico"*



Certificado

Certifica-se que Raquel Marques apresentou uma comunicação livre intitulada: "Intervenções de Enfermagem Promotoras da Gestão da Dor da Vítima de Trauma: Resultados preliminares de uma revisão integrativa da literatura", no Webinar do Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgica / Adulto e Idoso "**Formação, Investigação e Exercício Clínico**", realizado online no dia 10 de novembro de 2021, com duração de 4 horas.

A coordenadora do GaFDP
C. A. S. N. G.
Professora Doutora Carla Nascimento

A circular official stamp in blue ink. The outer ring contains the text 'ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA' at the top and 'GaFDP' at the bottom. The center of the stamp features a stylized tree or floral emblem.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Objetivos Específicos para Estágio no SU

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA ESTÁGIO NO SU

Objetivo 1: Conhecer a dinâmica organizacional do contexto

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Realização de uma visita guiada ao SUG• Conhecer a estrutura física do serviço• Conhecer a dinâmica do SUG• Consulta normas e protocolos do SUG• Desenvolver uma relação empática e profissional com os membros da equipa multidisciplinar | <ul style="list-style-type: none">• Demonstra conhecer os protocolos e normas do serviço• Demonstra uma relação empática e profissional com a equipa multidisciplinar• Demonstra estar integrado na equipa multidisciplinar |

Objetivo 2: Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da gestão da dor da pessoa vítima de trauma

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Realização uma Revisão Integrativa da Literatura | <ul style="list-style-type: none">• Produção de um artigo relacionado com as intervenções de enfermagem promotoras da gestão da dor da pessoa vítima de trauma |
| <ul style="list-style-type: none">• Realização um relatório parcelar relativo ao percurso desenvolvido durante o ensino clínico | <ul style="list-style-type: none">• Produz um documento onde reflete sobre o trabalho desenvolvido durante o ensino clínico, incluindo uma abordagem descritiva das atividades desenvolvidas |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Realização um jornal de aprendizagem relativo à prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma com dor | <ul style="list-style-type: none"> • Produz um documento reflexivo sobre as práticas vividas e observadas |
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultar normas, procedimentos e protocolos do SU relativas à prestação de cuidados para o alívio da dor na vítima de trauma | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecer as intervenções de enfermagem especializadas protocoladas |

Objetivo 3: Executar o processo de enfermagem tendo em vista a responsabilidade profissional, ética e legal

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisões tendo em conta os princípios éticos do código deontológico da Ordem dos Enfermeiros | <ul style="list-style-type: none"> • Garante o cumprimento dos princípios deontológicos e ético-legais no processo de tomada de decisão |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da proteção dos direitos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • Assegura a confidencialidade e segurança dos dados recolhidos em contexto profissional • Garante a privacidade do cliente alvo de cuidados • Promove o respeito da pessoa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gerir as práticas profissionais garantindo a segurança da PSC | <ul style="list-style-type: none"> • Decide tendo em conta o conhecimento científico atual, a experiência profissional e a prática refletida • Assume iniciativa no processo de tomada de decisão, contribuindo com a equipa em que se insere |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica práticas de risco e promove uma cultura de práticas seguras |
|--|--|

Objetivo 4: Contribuir para a melhoria da qualidade

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Partilha por meio de ações de sensibilização, formais e/ou informais, conhecimentos de melhoria da qualidade | <ul style="list-style-type: none"> • Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem mediante a criação de uma folha de registo de enfermagem para a promoção da gestão da dor na vítima de trauma | <ul style="list-style-type: none"> • Aplica instrumentos de avaliação de resultado |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de um ambiente terapêutico seguro | <ul style="list-style-type: none"> • Envolve a família e outros elementos relevantes no sentido de assegurar as necessidades culturais e espirituais do cliente/família |

Objetivo 5: Gerir a prestação de cuidados à PSC

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão | <ul style="list-style-type: none"> • Contribui com conhecimento e informação para a tomada de decisão |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Reconhece quando referenciar para outros profissionais de saúde |
| <ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza o método demonstrativo para delegar tarefas • Monitoriza a prestação das tarefas delegadas |

Objetivo 6: Desenvolver aprendizagens profissionais

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da aprendizagem da equipa multidisciplinar | <ul style="list-style-type: none"> • Reconhece necessidades formativas • Promove a aprendizagem formal/informal da equipa multidisciplinar • Avalia e divulga o impacto da formação |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de trauma com dor | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados |

Objetivo 7: Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados à PSC em situação emergente e antecipar a instabilidade hemodinâmica | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica os focos de instabilidade e atua de imediato na sua resolução |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando respostas de enfermagem apropriadas a essas complicações |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realização da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e desconforto • Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da PSC • Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor • Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não-farmacológicas para o alívio da dor |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação efetiva com as pessoas significativas da PSC | <ul style="list-style-type: none"> • Promove a comunicação com as PS contribuindo para a compreensão do estado da PSC |

Objetivo 8: Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultar o plano de emergência e catástrofe do serviço | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecer o plano de emergência e catástrofe do serviço |
| <ul style="list-style-type: none"> • Planear a resposta concreta em situações de emergência multi-vítimas ou catástrofe | <ul style="list-style-type: none"> • Sistematiza as ações a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência |

Objetivo 9: Promover a prevenção e controlo da infeção na prestação de cuidados à PSC

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">Promoção da prevenção da infeção na prestação de cuidados à PSC | <ul style="list-style-type: none">Define estratégias a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção |

APÊNDICE II

Objetivos Específicos para Estágio na UCI

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA ESTÁGIO NA UCI

Objetivo 1: Conhecer a dinâmica organizacional do contexto

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar uma visita guiada à UCI• Conhecer a estrutura física do serviço• Conhecer a dinâmica da UCI• Consultar normas e protocolos da UCI• Desenvolver relação empática e profissional com os membros da equipa multidisciplinar | <ul style="list-style-type: none">• Conhece protocolos e normas do serviço• Estabelece relação empática e profissional com a equipa multidisciplinar• Demonstra integração na equipa multidisciplinar |

Objetivo 2: Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da gestão da dor da pessoa vítima de trauma

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura | <ul style="list-style-type: none">• Produção de um artigo relacionado com as intervenções de enfermagem promotoras da gestão da dor da pessoa vítima de trauma |
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar um documento reflexivo relativo à prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma com dor | <ul style="list-style-type: none">• Produz um documento reflexivo sobre as práticas vividas e observadas |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Consultar normas, procedimentos e protocolos da UCI relativas à prestação de cuidados para o alívio da dor na vítima de trauma | <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as intervenções de enfermagem especializadas protocoladas |
|--|--|

Objetivo 3: Executar o processo de enfermagem tendo em vista a responsabilidade profissional, ética e legal

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisões tendo em conta os princípios éticos do código deontológico da Ordem dos Enfermeiros | <ul style="list-style-type: none"> • Garante o cumprimento dos princípios deontológicos e ético-legais no processo de tomada de decisão |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover a proteção dos direitos humanos | <ul style="list-style-type: none"> • Assegura a confidencialidade e segurança dos dados recolhidos em contexto profissional • Garante a privacidade do cliente alvo de cuidados • Promove o respeito da pessoa • Mantém um processo efetivo de cuidado quando confrontado com valores diferentes |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gerir as práticas profissionais garantindo a segurança da PSC | <ul style="list-style-type: none"> • Decide tendo em conta o conhecimento científico atual, a experiência profissional e a prática refletida • Assume iniciativa no processo de tomada de decisão, contribuindo com a equipa em que se insere • Identifica práticas de risco e promove uma cultura de práticas seguras |

Objetivo 4: Contribuir para a melhoria da qualidade

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Partilhar por meio de ações de sensibilização, formais e/ou informais, conhecimentos de melhoria da qualidade | <ul style="list-style-type: none">• Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados |
| <ul style="list-style-type: none">• Promover um ambiente terapêutico seguro | <ul style="list-style-type: none">• Envolve a família e outros elementos relevantes no sentido de assegurar as necessidades culturais e espirituais do cliente/família |

Objetivo 5: Gerir a prestação de cuidados à PSC

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão | <ul style="list-style-type: none">• Contribui com conhecimento e informação para a tomada de decisão• Reconhece quando referenciar para outros profissionais de saúde |

Objetivo 6: Desenvolver aprendizagens profissionais

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Promover a aprendizagem da equipa multidisciplinar | <ul style="list-style-type: none">• Reconhece necessidades formativas• Promove a aprendizagem formal/informal da equipa multidisciplinar• Avalia e divulga o impacto da formação |
| <ul style="list-style-type: none">• Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa vítima de trauma com dor | <ul style="list-style-type: none">• Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados |

Objetivo 7: Prestar cuidados de enfermagem especializados à PSC

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Prestar cuidados à PSC em situação emergente e antecipar a instabilidade hemodinâmica | <ul style="list-style-type: none">• Identifica os focos de instabilidade e atua de imediato na sua resolução |
| <ul style="list-style-type: none">• Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos | <ul style="list-style-type: none">• Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementando respostas de enfermagem apropriadas a essas complicações |
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC | <ul style="list-style-type: none">• Avalia sistematicamente a dor na pessoa vítima de trauma, de acordo com escalas validadas e adequadas ao seu estado clínico |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar e desconforto • Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da PSC • Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor • Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não-farmacológicas para o alívio da dor |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar com as pessoas significativas da PSC | <ul style="list-style-type: none"> • Promove a comunicação com as PS contribuindo para a compreensão do estado da PSC |

Objetivo 8: Promover a prevenção e controlo da infeção na prestação de cuidados à PSC

| Atividades a desenvolver | Indicadores de resultado |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover a prevenção da infeção na prestação de cuidados à PSC | <ul style="list-style-type: none"> • Define estratégias a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção |

APÊNDICE III

Poster “Critérios de Ativação da Equipa de Trauma no Adulto

Critérios de Ativação da Equipa de Trauma no Adulto

Critérios de ativação da Equipa de Trauma, aquando da Triagem de Prioridades do Doente, ou por indicação médica no Serviço de Urgência. Sendo, hoje em dia, aceite pela comunidade científica que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados, é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica otimizada.



APÊNDICE IV

Poster Webinar do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico Adulto/Idoso

"Formação, Investigação e Exercício Clínico"

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA GESTÃO DA DOR NA VÍTIMA DE TRAUMA

Resultados preliminares de uma revisão integrativa da literatura

Raquel Marques¹ - Helga Rafael Henriques²



INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma e um sinal comum e angustiante na PSC, uma das principais consequências do trauma, causando prejuízos à vítima, constituindo-se com o maior obstáculo à satisfação da necessidade de conforto. O enfermeiro tem como dever **avaliar** a dor na PSC, **identificar e planejar intervenções** adequadas ao seu controlo intervindo na sua gestão.

QUESTÃO

Revisão da evidência científica existente acerca das intervenções do enfermeiro na gestão da dor na pessoa vítima de trauma em situação crítica.



METODOLOGIA

Participantes

Pessoas vítimas de trauma, com dor, em situação crítica, com idade >18 anos, em SU's e UCI's.

Método

Os critérios de inclusão do estudo foram definidos com base na população, contexto, intervenção, data de publicação e tipo de estudo. A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores.

RESULTADOS

A avaliação da dor deve ser realizada com recurso a escalas validadas para a população em causa, desde a admissão. As opções de tratamento da dor mais comuns são de âmbito farmacológico, como opioides e AINE's. Os métodos não farmacológicos mais abordados são *imobilização da fratura, estimulação elétrica nervosa transcutânea, terapia de frio/quente*. A correta e precoce avaliação da dor, aliada à sinergia entre **métodos farmacológicos e não farmacológicos**, revelam a diminuição acentuada da dor na vítima de trauma.

CONCLUSÃO

A gestão da dor na pessoa vítima de trauma em contexto de situação crítica assenta em intervenções de enfermagem de avaliação permanente e sistemática da dor e de implementação de intervenções de cariz farmacológico e não farmacológico.

¹Enfermeira generalista no serviço de Medicina Interna – Unidade de Urgência do Centro Hospitalar Barcelos Montijo. Estudante 2º ano do mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. E-mail: raquelmarques@campus.ulisboa.pt

²Doutora em Enfermagem, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Avenida Professor Fernando Monte

Referências: Associação Internacional para o Estudo da Dor (2020). Subcomité da Taxonomia. Termos de Dor, Uma Lista Atual com Definições e Notas sobre o Uso. Acedido em: <https://www.iaspain.org/resources/terminology/?twitterfbnumber=5766pain>. // Dißmann, P. D., Maignan, M., Claves, P. D., Gutierrez Parias, B., Dickerson, S., & Eberhardt, A. (2018). A Review of the Burden of Trauma Pain in Emergency Settings in Europe. *Pain and Therapy*, 7(2), 179–192. <https://doi.org/10.1007/s00122-018-0101-1> // Fabris, A., Ruggiero, G., Coliadi, S. G., Ricard-Hibon, A., Restelli, U., Strana, G., ... Coffey, F. (2020). Role of inhaled methoxyflurane in the management of acute trauma pain. *Journal of Pain Research*, 13, 1567–1555. <https://doi.org/10.21677/JPR.5252222> // Kaloupek, K. (2003). *Current Treatment Options: A Review of Evidence-Based and Emerging Therapies for Acute Pain*. Springer, Dordrecht, Springer. // The Journal of Pain Institute (2020).

APÊNDICE V

EEMI e Abordagem ao Doente Crítico

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
 Ensino Clínico: Unidade de Cuidados Intensivos
 12º Curso de Mestrado
 Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica

EEMI E ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO

Enfª Raquel Marques, Estudante CMIEPSC ESEL
 Profª Helga Rafael, Docente Orientadora ESEL

ESEL

Barcelo, Março 2022

1 ★

Sumário

1. Cadeia de Sobrevivência
2. Doente Crítico
3. EEMI
4. Critérios de Ativação da EEMI
5. Abordagem ABCDE
6. Algoritmo de Reanimação Intra-Hospitalar
7. Algoritmo SBW/DAE
8. Algoritmo SAV
9. Algoritmo Taquicardias
10. Algoritmo Bradicardias
11. Discussão/Dúvidas
12. Referências Bibliográficas

ESEL

2 ★

1. Cadeia de Sobrevivência

Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência (ERC, 2010)

Reconhecimento Precoce

SBV "conjunto de procedimentos bem definidos e com metodologias padronizadas" que permite reconhecer as situações em que há risco de vida eminente (INEM, 2011).

Manobras de suporte adicionais SAV

ESEL

3 ★

2. Doente Crítico

- ✓ Entende-se por doente crítico aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tem a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica;
- ✓ O SAV centra-se na abordagem sistematizada, seguindo uma sequência de avaliação e atuação por prioridades:
 - A - Via Aérea (Airway)
 - B - Ventilação (Breathing)
 - C - Circulação (Circulation)
 - D - Disfunção Neurológica (Disability)
 - E - Controlo de Ambiente/Exposição (Exposure)
- ✓ Os objetivos e princípios da abordagem ABCDE são a estruturação da avaliação e da abordagem baseada em prioridades, de forma a "tratar primeiro aquilo que mata primeiro" (INEM, 2011).

Figura 2 - Abordagem ao doente crítico: ABCDE (Suporte Avançado de Vida - SAV)

ESEL

4 ★

3. Equipa Emergência Médica Intra-Hospitalar

- ✓ Assegurar a resposta urgente e emergente a toda a instituição incluindo, além dos doentes internados, utentes das consultas, visitantes, profissionais de saúde, entre outros (Ordem de Serviço nº 8/2022, CHBM);
- ✓ O número de emergência 2222 deve ser ativado sempre que se verificarem situações de emergência, de acordo com a Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde Nº 15/DGS/DQCO de 22 de Junho de 2010

Figura 3 e 4 - Ordem de Serviço nº8/2022, CHBM Circular Normativa da DGS nº15/DGS/DQCO de 22/06/2010

ESEL

5 ★

4. Critérios de Ativação da EEMI

- ✓ Compromisso da via aérea
- ✓ Paragem respiratória
- ✓ $6 < FR > 35$ ciclos/minuto
- ✓ $SpO_2 < 85\%$ com oxigénio suplementar
- ✓ Paragem cardiorrespiratória
- ✓ $40 < FC > 140$ batimentos/minuto
- ✓ Pressão arterial sistólica < 90 mmHg
- ✓ Escala de coma de Glasgow - diminuição > 2 pontos
- ✓ Crise convulsiva prolongada ou repetida
- ✓ Perda súbita de consciência

Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde Nº 15/DGS/DQCO de 22 de Junho de 2010

Figura 5 - Abordagem ao Doente Crítico

ESEL

6 ★

5. Abordagem ABCDE

| | |
|----------------------------------|--|
| A - Via Aérea | Permeabilidade ameaçada / compromisso da via aérea |
| B - Ventilação | Paragem Respiratória Frequência Respiratória < 6 ou > 35 cpm spO ₂ < 85% com oxigenoterapia |
| C - Circulação | Paragem cardíaca Frequência Cardíaca < 40 ou > 140 bpm Tensão arterial sistólica < 90 mmHg |
| D - Disfunção Neurológica | Perda súbita de consciência Diminuição na Escala de Glasgow superior a 2 valores Convulsões repetidas ou prolongadas |
| E - Ambiente | Hipotermia (prevenção) |



7

★

5.1. Abordagem ABCDE - Via Aérea

- ✓ Inspeccionar cavidade oral e remover corpos estranhos (quando visíveis), tais como sangue, vômito, secreções, dentes partidos, próteses dentárias soltas;
- ✓ Desobstruir com manobras manuais (extensão e elevação da cabeça, ou subluxação da mandíbula em vítimas com suspeita de lesão medular);
- ✓ Aspirar secreções, se necessário;
- ✓ Considerar o uso de **adjuvantes básicos da VA**: tubo nasofaríngeo e tubo orofaríngeo;
- ✓ Considerar uma **abordagem avançada da VA** com dispositivos laringeos ou tubo endotraqueal (cricotirotomia é uma técnica de recurso);
 - ✓ Assim que possível colocar uma sonda gástrica (se abordagem da VA avançada).

TRABALHO EM EQUIPA!



8

★

5.1.1. Obstrução da Via Aérea

| Sinal | Obstrução ligeira | Obstrução grave |
|------------------|---|--|
| "Está sufocado?" | "Sim" | Incapaz de falar, pode acenar |
| Outros sinais * | Consegue falar, tossir e respirar (pode haver estridor) | Não ventila / ventilação ruidosa/ tosse inaudível / inconsciente |

* sinais gerais de OVA: durante alimentação, vítima aponta para o pescoço

(Figura 6 - Distinção entre obstrução da via aérea por corpo estranho quanto à gravidade) (INEM, 2020)

A forma mais adequada de reconhecer a obstrução da via aérea é proceder à metodologia:

Ver, Ouvir e Sentir – VOS

- ✓ Ver movimentos torácicos e abdominais;
- ✓ Ouvir os sons provocados pela ventilação;
- ✓ Sentir, através da face, o fluxo de ar saindo pela boca e nariz;



9

★

5.1.2. Desobstrução/Permeabilização da Via Aérea

Os doentes que requerem reanimação têm frequentemente obstrução da via aérea, geralmente como resultado da depressão do estado de consciência, mas, ocasionalmente, como causa primária da paragem cardiorespiratória. Nesses casos, a avaliação imediata da via aérea, a sua permeabilização e a ventilação são essenciais, não apenas para prevenir lesões hipóxicas cerebrais e de outros órgãos vitais.

Manobras de Permeabilização da Via Aérea

Extensão da cabeça | Elevação do mento | Protusão da mandíbula



(Figura 7 - Extensão da cabeça e elevação do mento (INEM, 2020))

(Figura 8 - Protusão da mandíbula (INEM, 2020))



10

★

5.1.3. Adjuvantes e técnicas de abordagem básica da via aérea



Figura 8 - Tubo Orofaríngeo (INEM, 2020)

- ✓ Selecionar o tubo orofaríngeo indicado - distância entre os incisivos e o ângulo da mandíbula do doente;
- ✓ Verificar existência de corpos estranhos (se forem visíveis, retirá-los previamente à inserção do tubo);
- ✓ Introduzir o tubo em posição invertida, isto é, com a parte convexa virada para a língua;
- ✓ Introduzi-lo até passar o palato duro e então rodá-lo 180°, de forma que a parte côncava fique virada para a língua, e continuar a empurrar em direção à faringe;
- ✓ Se, a qualquer momento, sentir que o doente reage à introdução do tubo, por exemplo tossindo, deve retirá-lo imediatamente. (INEM, 2020)



11

★

5.1.3. Adjuvantes e técnicas de abordagem básica da via aérea



Figura 9 - Tubo Nasofaríngeo (INEM, 2020)

- ✓ Medição: distância entre a asa do nariz e o ângulo da mandíbula da vítima
- ✓ Verificar a permeabilidade da narina;
- ✓ Lubrificar o tubo usando lidocaína em gel ou similar;
- ✓ Inserir a extremidade biselada verticalmente ao longo do pavimento do nariz com um ligeiro movimento de rotação;
- ✓ Introduzir o comprimento calculado até que a extremidade biselada fique na faringe;
- ✓ Se existir dificuldade na progressão, deve remover-se o tubo e tentar a outra narina. (INEM, 2020)



12

★

5.1.4. Adjuvantes e técnicas de abordagem avançada da via aérea



Figura 10 - Máscara Laríngea



Figura 12 - Máscara Laríngea Supreme



Figura 13 - I-Gel



Figura 11 - Máscara Laríngea Proseal



Figura 14 - Tubo endotraqueal



Figura 15 - Kit de Cricetostomia



13

5.1.4. Adjuvantes e técnicas de abordagem avançada da via aérea

- ✓ Tamanho adequado ao peso desinflado no dispositivo e desinsuflar totalmente o cuff (os tamanhos 3, 4 ou 5 são apropriados para a maioria dos adultos);
- ✓ Lubrificar com gel apenas a face externa da zona do cuff;
- ✓ Deente em decúbito dorsal com a cabeça e pescoço alinhados (o pescoço deve estar ligeiramente fletido e a cabeça ligeiramente em extensão);
- ✓ Avançar a máscara laríngea deslizando-a ao longo do palato duro até à parede posterior da faringe;
- ✓ Posicionar a máscara para trás e para baixo até sentir resistência (isso corresponde à localização da máscara na hipofaringe);
- ✓ Insuflar o cuff com o volume de ar adequado (máscara nº 3: 20mL; máscara nº 4: 30mL; máscara nº 5: 40mL);
- ✓ Se a inserção foi correta o tubo será levantado ligeiramente (1 a 2cm) para fora da boca;
- ✓ Confirmar através da auscultação e observando a expansão torácica (A existência de grande fuga é indicio de mau posicionamento da máscara laríngea)
- ✓ Se após 30 segundos não tiver sido conseguido o correto posicionamento, retirar a máscara laríngea e proceder à oxigenação com ventilação com insuflador manual e máscara.



Figura 10 - Máscara Laríngea

(INEM, 2020)



14

5.1.4. Adjuvantes e técnicas de abordagem avançada da via aérea

- ✓ Pré-oxigenação;
- ✓ A cabeça deve estar em extensão, colocando, se possível, uma almofada na região interescapular (evitando lesão da coluna);
- ✓ Usando a mão direita, enquanto se segura no laringoscópio com a esquerda, inspecionar a boca e remover corpos estranhos e/ou aspirar secreções;
- ✓ Fossa amigdalina: colocar o laringoscópio no lado direito da língua até atingir a terminação do palato mole;
- ✓ Identificar a parede lateral da faringe e a fossa amigdalina, não inserir o laringoscópio em todo o seu comprimento e procurar a úvula;
- ✓ Mover a lâmina para a esquerda puxando a língua para a linha média. Visualizar a úvula na linha média;
- ✓ Avançar cuidadosamente o laringoscópio ao longo da base da língua até visualizar a epiglote;
- ✓ Colocar a extremidade distal do laringoscópio na valécula (espaço entre a epiglote e a base da língua);
- ✓ Fazer um movimento para a frente e para cima no sentido do cabo do laringoscópio. Este movimento arrasta a epiglote para a frente e permite visualizar as cordas vocais.

(INEM, 2020)



15

5.1.4. Adjuvantes e técnicas de abordagem avançada da via aérea

- ✓ Laringe: tem o aspecto de um triângulo de vértice anterior, visualizando-se as duas cordas vocais lateralmente, com uma coloração branco "acarado";
- ✓ Introduzir o tubo apenas após visualização das cordas vocais. Deve ser introduzido pelo lado direito da boca mantendo a visualização direta das cordas vocais, até que a parte proximal do cuff ultrapasse as cordas;
- ✓ A distância habitual até à arrada dentária é de 21 cm nas mulheres e de 23cm nos homens;
- ✓ Conectar o insuflador manual;
- ✓ Insuflar o cuff de modo a não existirem fugas;
- ✓ Auscultar o epigastro para detetar fugas de ar para o estômago;
- ✓ Auscultar em ambos os campos pulmonares. Deve auscultar-se nos vértices, nas bases e em ambas as linhas axilares médias para verificar se os sons são simétricos;
- ✓ Se se verificar que a ventilação está seletiva, significa que o tubo foi demasiado introduzido, devendo retirar-se alguns centímetros (após desinsuflar o cuff) e voltar a confirmar o posicionamento do tubo;
- ✓ Confirmar a localização conectando a um sensor de capnografia e ao registo de Capnografia, se disponível;
- ✓ Fixar, utilizando o fio de nastro ou adesivo.

(INEM, 2020)



16

5.2. Abordagem ABCDE - Ventilação

- ✓ Administrar Oxigénio:
 - Em caso de insuficiência respiratória aguda procurar manter a SpO₂ (oximetria de pulso) ≥95%;
 - Há doentes que fazem retenção crónica de CO₂ (DPOC) nos quais a administração de O₂ em doses elevadas pode deprimir o centro respiratório, pelo que a administração de O₂ é necessária, mas tem de ser criteriosamente controlada e monitorizada. O objetivo geral perante uma vítima crítica com DPOC é o de obter uma saturação por oximetria de pulso de B8-92%, com o intuito de impedir a hipoxia grave sem deprimir o centro respiratório (se informação prévia disponível).
- ✓ Ventilação assistida:
 - Efetuar ventilação assistida (se Bcr/min < FR > 35cr/min), realizando 1 insuflação em cada 6 segundos no adulto (10 ventilações por minuto).
 - Monitorizar (se disponível): SpO₂, Capnografia



Figura 16 - Capnógrafo



17

5.2.1. Técnica de Ventilação por Máscara



Figura 17 - Ventilação por Máscara

- ✓ O insuflador manual pode ser conectado a uma máscara, ao tubo endotraqueal ou aos dispositivos supraglóticos;
- ✓ Existem máscaras de vários tamanhos, devendo ser selecionada uma que permita tapar completamente a boca e nariz da vítima e que, ao ser colocada com um borde no sulco mentoniano, não tape os olhos da vítima;
- ✓ Extensão da cabeça, elevação do mento, pressão da máscara sobre a face e insuflação do balão.

<https://www.msdsmanuals.com/pt-pt/profissional/medicina-de-cuidados-criticos/394430/como-fazer-procedimentos-de-cuidados-para-as-vias-respiratorias/394313/como-aplicar-ventilacao-394793/394330-como-ambu>



18

5.3. Abordagem ABCDE – Circulação

- ✓ Estabelecer acesso venoso periférico (14 ou 16G);
- ✓ Monitorizar TA, FC, ritmo cardíaco, ECG de 12 derivações;
- ✓ Controlar hemorragia:
 - o Estabilizar e imobilizar fraturas: pélvica, fémur, úmero.
- ✓ Se hemorragia externa/visível:
 1. Compressão manual direta no local da hemorragia (é a técnica de eleição);
 2. Técnica de 2ª linha: aplicação de garrote em posição proximal relativamente à lesão;
 3. Técnicas de 3ª linha:
 - Elevação do membro/extremidade (contraindicada no membro com suspeita de fratura ou luxação);
 - Pontos de pressão: aplicação de pressão na artéria próxima da lesão, dessa forma diminuindo a perda de sangue, pela oclusão da artéria.



Figura 18 - Compressão manual direta

Continuar



19



5.3. Abordagem ABCDE – Circulação

- ✓ Posicionar a vítima
 - o Se hipotensão: decúbito dorsal;
 - o Se grávida, evitar a compressão aorto-cava:
 - Decúbito lateral, no plano (Trauma) lateralizar 30° para a esquerda ou deslocar o útero manualmente para a esquerda;
- ✓ Ao doente com dor torácica cardíaca e suspeita de SCA deve ser administrado O2 (se SpO2 < 90%), aspirina, clopidogrel/ ticagrelor, nitroglicerina e morfina;
- ✓ Colher sangue (hemograma, bioquímica, coagulação e tipagem): se doente estabilizado;
- ✓ Considerar a administração rápida de fluidos.



Figura 19 - Fluidos



20



5.4. Abordagem ABCDE – Disfunção Neurológica

- ✓ Avaliar o nível da consciência
 - ✓ Escala AVDS
 - ✓ Escala de Coma de Glasgow;
- ✓ Excluir condições que influenciam o nível de consciência;
- ✓ Examinar o tamanho, simetria e reatividade à luz das pupilas;
- ✓ Avaliar sinais focais bilateralmente;
- ✓ Avaliar a glicémia.



Figura 20 - Disfunção Neurológica

Continuar



21



5.4.1. Escala AVDS e Escala de Coma de Glasgow

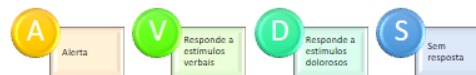


Figura 21 - Escala AVDS

| ESCALA DE GLASGOW | | | | | |
|-------------------|--------------------|--------------|-----------------|------------------|----------|
| ABERTURA DE OLHOS | RESPOSTA VERBAL | | RESPOSTA MOTORA | | |
| - | | | 1 | Sem resposta | |
| - | 1 | Sem resposta | | 2 | Extensão |
| 1 | Sem resposta | | 2 | Incompreensível | |
| 2 | A dor | | 3 | Inadequada | |
| 3 | Ao estímulo verbal | | 4 | Confusa | |
| 4 | Espontaneamente | | 5 | Orientada | |
| | | | 6 | Obedece a ordens | |
| | | | TOTAL | | |

Figura 22 - Escala de Coma de Glasgow (CE, 2015)



22



5.5. Abordagem ABCDE – Exposição

- ✓ Corrigir condições com risco de vida:
 - o Hipotermia;
 - o Amputação.
- ✓ Promover medidas para prevenir hipotermia (ex. cobertores, mantas térmicas).



Figura 23 - Manta térmica de emergência



23



DÚVIDAS OU QUESTÕES

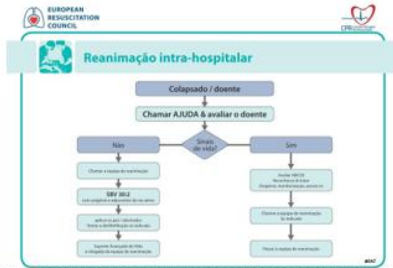


Barreiro, Março 2022

24



6. Algoritmo de Reanimação Intra-Hospitalar



Fonte: ERC, G. (2015). Guidelines ERC 2015.



25



7. Algoritmo SBV/DAE



Fonte: ERC, G. (2015). Guidelines ERC 2015.



26



8. Algoritmo SAV



Fonte: ERC, G. (2015). Guidelines ERC 2015.



27



8. Algoritmo SAV

ADVANCED LIFE SUPPORT



Advanced Life Support algorithm. ABCDE: airway, breathing, circulation, disability, exposure. PEA: pulseless electrical activity. ROSC: return of spontaneous circulation. SBV: standard life support. VV: ventricular fibrillation. VT: ventricular tachycardia.

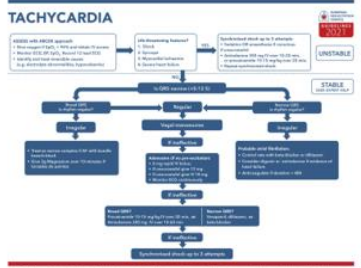
Fonte: ERC, G. (2021). Guidelines ERC 2021.



28



9. Algoritmo Taquicardias



Tachycardia algorithm. ABCDE: airway, breathing, circulation, disability, exposure. BP: blood pressure. DC: direct current. ECG: electrocardiogram. IV: intravenous. SpO₂: arterial oxygen saturation. VT: ventricular tachycardia.

Fonte: ERC, G. (2021). Guidelines ERC 2021.



29



10. Algoritmo Bradicardias



Fonte: ERC, G. (2021). Guidelines ERC 2021.



30



DÚVIDAS OU QUESTÕES



Barreiro, Março 2022

31



DISCUSSÃO



Barreiro, Março 2022

32



11. Discussão

- Em caso de suspeita de doente crítico, em serviço de internamento, a ativação da EEMI deverá ser feita:

- Imediatamente após identificação do doente crítico, pelo serviço de origem?

- Pela Urgência Interna após avaliação do doente crítico?



Figura 24 – Fluxograma do Doente Crítico, CHBM



33



Referências Bibliográficas

Aoi K, Lee HC, Escobedo MB, et al. Part 5: Neonatal Resuscitation: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation. 142 (2): 5524-5550. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRC.0000000000000902>

Centro Hospitalar Barreiro Montijo (2022). Criação da Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar. Ordem de Serviço nº8/2022, de 18/02/2022.

Conselho Português de Ressuscitação. (2010). Manual de Suporte Avançado de Vida. Porto: CPE.

Conselho Português de Ressuscitação. (2015). Resumo das principais alterações nas Guias de Resuscitação Guielines ERC 2015. Consultado em: 2016, Outubro 23. Disponível em: <http://www.cprressuscitacao.pt/Download.aspx?id=26341>

Direção-Geral da Saúde (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMI). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrices-da-dg/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15d/pdjo-di-22062010-pdf.aspx>

European Resuscitation Council & Conselho Português de Ressuscitação. (2010). Suporte Avançado de Vida – Recomendações ERC 2010. Edingem, Bélgica: European Resuscitation Council.

Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida. Edição não comercializada. Portal do Instituto Nacional de Emergência Médica. Acessado em: Março de 2022. Disponível em: <https://www.inem.pt/rep-comunicaplaabv2021/02/Manual-Suporte-Avançado-de-Vida-2020.pdf>

Nolan JP, et al. (2021). Conselho Europeu de Ressuscitação e Diretrizes da Sociedade Europeia de Medicina Intensiva 2021: Cuidados pós-ressuscitação. Resuscitation. 161, 220-269. doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.012.

Perkins, G. D., et al., (2017). Resuscitation: European Resuscitation Council Guidelines 2017: Executive summary. Elsevier, 161, 1-60.



34



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

EEMI E ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO



Barreiro, Março 2022

35

