

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Intervenção Especializada do Enfermeiro na Gestão da
Dor na Pessoa em Situação Crítica que não a Consegue
Autoavaliar

Marisa Alexandra da Conceição Fernandes

Lisboa

2016

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.

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

Relatório de Estágio

**Intervenção Especializada do Enfermeiro na Gestão da
Dor na Pessoa em Situação Crítica que não a Consegue
Autoavaliar**

Marisa Alexandra da Conceição Fernandes


Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Co-Orientador:

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado a todos os que, de alguma forma, contribuíram para este processo de aquisição e desenvolvimento de competências numa área que me é muito querida. Não sendo possível nomeá-los a todos, há alguns a quem não poderia deixar de manifestar o meu sincero agradecimento.

À minha orientadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professora Doutora Carla Nascimento, pela total disponibilidade, presença constante, confiança e rigor, que pautaram o percurso de aquisição de competências.

Aos orientadores dos serviços onde desenvolvi os estágios, pelo profissionalismo demonstrado, por serem um exemplo no meu desenvolvimento profissional e por me darem a liberdade de direcionar o meu percurso formativo, proporcionando-me sempre momentos de partilha, aprendizagem e amizade.

Aos colegas dos serviços onde realizei os estágios e com os quais tive o privilégio de prestar cuidados, de trocar experiências e que contribuíram para o desenvolvimento dos estágios, fazendo-me sentir como elemento das suas equipas.

Às pessoas a quem prestei cuidados e às suas famílias, pois sem eles não teria sido possível a aquisição e desenvolvimento de competências e também por serem a motivação do meu investimento académico e profissional.

Às colegas deste curso de mestrado, em especial à Vera Magarreiro, pela partilha de experiências e apoio ao longo de todo o percurso.

Aos meus colegas de serviço, pela compreensão, pela amizade, pela disponibilidade demonstrada e porque sem eles este percurso não teria sido possível.

À Sandra Parreira, por desde o início do meu percurso profissional, representar um exemplo de profissionalismo e de me desafiar sempre a evoluir profissionalmente.

Aos meus amigos (Vanessa Sobral, Rute Carromeu, Rita Proença, Rita Dias, Sandra Parreira, Rita Lemos) pela confiança, amizade e incentivo, por me fazerem acreditar que este percurso seria possível e pelos meus períodos de ausência.

Por fim, e não menos importante, à minha família, em especial aos meus pais, pelos valores que me passaram, pelo apoio incondicional que me permitiu ultrapassar os obstáculos encontrados nesta caminhada.

A todos dedico este trabalho, por terem feito parte de todo o processo.

“Comfort may be a blanket or breeze, some ointment here to soothe my knees; A listening ear to hear my woes, a pair of footies to warm my toes, A PNR medication to ease my pain, someone to reassure me once again; A call from my doctor, or even a friend, a rabbi or priest as my life nears the end. Comfort is whatever i perceive it to be, a necessary thing defined only by me”.

Kolcaba (2003)

RESUMO

A dor é a principal razão de procura dos serviços de saúde por parte da população em geral, sendo igualmente experienciada pela maioria das pessoas internadas em Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência. Verifica-se, por vezes, a ausência da avaliação de dor, estando esta associada ao aumento dos índices de morbidade e mortalidade (Georgiou, Hadjibalassi, Lambrinou, Andreou, & Papathanassoglou, 2015; Stites, 2013).

Frequentemente a dor está associada ao desconforto, sendo um dos focos de intervenção do enfermeiro o seu alívio, permitindo uma gestão eficaz da dor. A Pessoa em Situação Crítica, por diversas razões, pode estar impossibilitada de autoavaliar a dor, legitimando que a avaliação fique dependente da heteroavaliação do profissional.

O presente documento inclui a descrição do percurso realizado para a aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica, tendo como foco de intervenção especializada do enfermeiro a gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica que não consegue autoavaliar, em contexto de unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência. No meu percurso, destaco a reflexão contínua sobre as competências desenvolvidas, nomeadamente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica e também na promoção da formação contínua em enfermagem, o que, possivelmente, tenderá a contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. O quadro teórico norteador do meu pensamento e da minha intervenção foi a Teoria do Conforto de Kolcaba.

Palavras-chave: Gestão da dor, Conforto, Pessoa em Situação Crítica, Intervenção do enfermeiro

ABSTRACT

Pain is the main reason for the general population to attend health services, being equally experienced by most of the patients from intensive care units and emergency rooms. Oftentimes there is absence of pain assessment, which is associated to the increase of mortality and mobility indexes (Georgiou, Hadjibalassi, Lambrinou, Andreou, & Papathanassoglou, 2015; Stites, 2013).

Frequently, pain is associated to discomfort, and one focus of the nurse's intervention is its relief, which provides an effective pain management. The person in critical condition, for various reasons, can be unable to assess their pain, leading the assessment dependent on a professional hetero-assessment.

This document includes the description of the route fulfilled for the acquirement and development of competencies in providing specialized nursing care to the person in critical condition, having as focus of the nurse's specialized intervention the pain management in the person in critical condition that cannot evaluate it, in intensive care unit and emergency room. It is important to highlight a continuous reflection on the developed competencies, such as the anticipation of patient's instability and the risk of organ failure, the pain management in the person in critical condition and also to promote a continuous education, which contributes to a continuous improvement of the quality of care. The guiding theoretical framework of my thought and intervention was Kolcaba's Theory of Comfort.

Keywords: pain management, comfort, person in critical condition, nursing intervention

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO..... | 17 |
| 1.A GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PERSPETIVAS DO ENFERMEIRO..... | 21 |
| 1.1. Dor e a Teoria do Conforto..... | 21 |
| 1.2.Pessoa em Situação Crítica com dor..... | 24 |
| 1.3. Avaliação da dor na Pessoa em Situação Crítica que não a consegue autoavaliar..... | 25 |
| 1.4. Controlo da dor na Pessoa em Situação Crítica..... | 29 |
| 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM..... | 31 |
| 2.1. Estágio 1: Unidade de Cuidados Intensivos Médico – Cirúrgica..... | 32 |
| 2.2. Estágio 2: Serviço de Urgência..... | 48 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 61 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 65 |

ANEXOS

ANEXO 1 –Escala *Behavioural Pain Scale* (BPS)

ANEXO 2 –Escala *Behavioural Pain Scale* non-intubated patients (BPS-NI)

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Instrumento de localização da dor

APÊNDICE 2 – Sessão de formação UCIMC

APÊNDICE 3 – Sessão de formação SU

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Objetivos e atividades realizadas no Estágio I | 34 |
| Quadro 2 – Objetivos e atividades realizadas no Estágio II | 49 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioural Pain Scale

CPOT – Critical Care Pain Observation Tool

DGS – Direcção-Geral de Saúde

EAM c/SST – Enfarte Agudo do Miocárdio com Supra ST

EN – Escala Numérica

ESCID – Escala de Conductas de Dolor

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GAD – Grupo de Avaliação da Dor

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP – International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PCR – Paragem Cárdio-Respiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

INTRODUÇÃO

A dor representa a principal razão de procura dos cuidados de saúde entre a população em geral (Direcção-Geral de Saúde [DGS], 2008). A sua presença tem um grande impacto socioeconómico, quer pelos custos envolvidos no seu tratamento, quer pela recorrência da população às instituições de saúde e, também, pelas sequelas físicas e psicológicas que vão culminar numa perda de qualidade de vida, de produtividade e em situações de isolamento (DGS, 2001).

A dor tem como finalidade assinalar a presença de uma lesão ou disfunção orgânica, podendo ser causadora de múltiplas alterações orgânicas e co-morbilidades (DGS, 2001a). A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável e que se associa a uma lesão tecidual real ou potencial, sendo descrita em função dessa mesma lesão (International Association for the Study of Pain, 2014).

No nosso país, a partir da década de 90, a DGS foi reconhecendo cada vez mais a importância de melhorar a avaliação e a abordagem da pessoa com dor. Neste sentido, e em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor foi publicado, em 2001, o primeiro documento estratégico – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Em 2003, foi publicada a Circular Normativa n.º 9 que equipara a dor ao 5º sinal vital e que determina:

a avaliação e o registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

Tanto a DGS (2003) como a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2008), referem que o controlo da dor representa um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde, sendo imperioso saber reconhecer e valorizar a dor de forma a contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional de enfermagem.

Como profissão privilegiada, pelo tempo de contato e proximidade com a pessoa, a dor constitui uma área de eleição do enfermeiro sendo 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: 11).

No contexto de Pessoa em Situação Crítica (PSC), e apesar da evolução que se tem verificado, tanto a nível de avaliação como de controlo da dor, este tema continua a ser um problema importante em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde parece existir uma avaliação deficitária e que pode aumentar as taxas de morbilidade e de mortalidade nestes serviços (Stites, 2013). Também aqui a autoavaliação poderá estar comprometida, por situações de alteração do estado de consciência, sedação ou pela própria tecnologia invasiva (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012), o que dificulta a avaliação da dor. Durante estes internamentos, mais de 30% da dor experienciada é em repouso e mais de 50% ocorre durante a realização de procedimentos (American Association of Critical-Care Nurses, 2014). Por se tratar de um grupo específico, considero que esta intervenção de enfermagem junto da PSC exige o desenvolvimento de competências diferenciadas.

A escolha por esta temática surgiu do interesse pessoal resultante de uma motivação intrínseca, uma vez que no meu contexto de trabalho sou o elemento de ligação ao projeto institucional “Avaliação e registo da dor como 5º sinal vital”. Entre os profissionais de enfermagem existem constrangimentos e dificuldades no que concerne à avaliação da dor, designadamente, na pessoa que não a consegue autoavaliar proporcionando-lhe conforto. Assim, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), propus a realização de um estágio com o intuito de desenvolver competências na Intervenção Especializada do Enfermeiro na Gestão da Dor na Pessoa em Situação Crítica que não a consegue autoavaliar.

Como referenciais normativos, sustentei a minha ação nas competências do Mestrado em PSC (ESEL, 2010), nos Descritores de Dublin referentes ao 2º ciclo (Direcção Geral do Ensino Superior, 2008), nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de Maio) e ainda, nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º124/2011, de 20 de Novembro). Deste conjunto, selecionei especificamente as seguintes competências a atingir: a) responsabilidade profissional, ética e legal; b) melhoria contínua da qualidade; c) gestão dos cuidados; d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais; e) cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; f) maximizar a intervenção

na prevenção, controlo de infeção perante a PSC e/ou falência orgânica; g) demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem.

Além de conhecimento e competências na área, o enfermeiro deve regular a sua prática com base num modelo teórico que a fundamente pelo que mobilizei a Teoria do Conforto de Kolcaba uma vez que a intervenção do enfermeiro junto da PSC com dor visa proporcionar conforto; a nível físico, psíquico, social e ambiental (Kolcaba, 2003).

Com esta matriz teórica, defini como objetivo geral de estágio: desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da PSC, que não a consegue autoavaliar. Como objetivos específicos, defini os seguintes:

- Desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica e sua família;
- Desenvolver competências especializadas na avaliação e na abordagem da PSC com dor;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na área da gestão da dor na PSC.

Para atingir estes objetivos foram escolhidos dois contextos de estágio: unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgica e um serviço de urgência de dois hospitais centrais da área de Lisboa, por serem serviços de referência na prestação de cuidados à PSC.

Este documento foi estruturado em dois grandes momentos. Primeiramente será exposto o quadro teórico da temática escolhida, seguindo-se a apresentação do percurso realizado em cada contexto de estágio. Esta contempla a descrição dos objetivos e das atividades executadas, refletindo criticamente nos seus diferentes contributos para a melhoria da prática de enfermagem, evidenciando as competências adquiridas. Por último, serão feitas algumas considerações finais com sugestões e perspetivas futuras de desenvolvimento.

1.A GESTÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PERSPETIVAS DO ENFERMEIRO

Este momento do trabalho pretende dar a conhecer o quadro teórico que sustentou a problemática em causa – Gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica que não a consegue autoavaliar – constituído por Dor e a Teoria do Conforto, Pessoa em Situação Crítica com dor, Avaliação da dor na Pessoa em Situação Crítica que não a consegue autoavaliar e Controlo da dor na Pessoa em Situação Crítica.

1.1. Dor e a Teoria do Conforto

A dor apresenta-se como um fenómeno universal, multidimensional e que é transversal a todo o ciclo de vida da pessoa. Pode ser influenciada por fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais, o que lhe atribui um carácter subjetivo, devendo ser desta forma encarada numa perspetiva holística (OE, 2008).

A importância da abordagem da dor tem sido ao longo dos anos evidenciada pelos documentos produzidos a nível nacional. Em 1999, a DGS criou um grupo de trabalho que permitiu responder à necessidade de valorização desta temática. Este grupo em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da dor desenvolveram um documento, o Plano Nacional de Luta contra a Dor, que define o modelo organizacional a ser desenvolvido pelos serviços de saúde e algumas recomendações de promoção de uma boa prática na abordagem à dor (DGS, 2001).

Também a DGS elaborou a Circular Normativa n.º 9 que equipara a dor a um sinal vital, destacando a importância da avaliação ser feita de forma sistemática e regular como os restantes sinais vitais (DGS, 2003).

Neste sentido, em 2008 foi emitido o novo Programa Nacional de Controlo da Dor que realça a sua subjetividade equiparando-a a um sinal vital, destacando o direito e dever no seu controlo, através do tratamento diferenciado (DGS, 2008).

A dor é definida como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só a componente sensorial mas, também, uma componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Esta

surge como o principal motivo de procura dos serviços de saúde (DGS, 2008), sendo o conforto da pessoa uma área nobre da intervenção de enfermagem.

Desde muito cedo que o conforto se revelou como um dos objetivos centrais nos cuidados de enfermagem. A primazia no seu alcance deveu-se ao facto de que, ao proporcioná-lo, se conseguiria a recuperação da pessoa. A origem da palavra deriva do latim *confortare* e significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo, 2009: 62).

Por considerar que o desconforto surge muitas vezes associado às pessoas que experienciam dor, à luz das teorias de enfermagem é expectável que o conforto seja um dos objetivos de intervenção do enfermeiro (Pinto & Conceição, 2008) permitindo ganhos de desempenho físico e/ou psicológico, correspondendo ao estado onde são satisfeitas as necessidades básicas (Kolcaba, 1994).

Escolhendo a Teoria do Conforto de Kolcaba (1994) como orientadora da minha ação em estágio, torna-se crucial rever os seus conceitos metaparadigmáticos, designadamente, enfermagem, doente, ambiente e saúde. A enfermagem implica a avaliação das necessidades de conforto, as intervenções designadas para atender a essas necessidades e a reavaliação dos níveis de conforto após a implementação dessas medidas quando comparadas com a situação anterior. A autora supracitada define doente como o recetor dos cuidados, podendo este ser indivíduos, famílias, instituições, ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde (Dowd, 2011). Neste caso, e tendo em conta a definição de Kolcaba, o doente referido neste documento corresponde à PSC e/ou a sua família. Quando pensamos no conforto da pessoa temos que ter em conta o ambiente onde esta está inserida, sendo esta dimensão definida como qualquer aspeto do doente, da família ou instituição que podem ser manipulados de forma a proporcionar conforto (Dowd, 2011). Saúde é outro conceito definido por Kolcaba e que representa o funcionamento ótimo do doente, família e comunidade conforme definido pelo mesmo autor.

O conforto é percebido como a condição em que os recetores de cuidados, experienciam a comodidade, consistindo na experiência imediata e holística de satisfazer as necessidades. São considerados três tipos de conforto: o alívio, a tranquilidade e a transcendência (Galán, 2010). Define-se alívio como o estado em que uma necessidade foi satisfeita para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual. Por tranquilidade, entende-se o estado de calma ou satisfação necessária a um funcionamento

eficiente e por último, a transcendência equivale à capacidade da pessoa planear e controlar o seu destino e de resolver problemas (Kolcaba, 1994).

A autora refere ainda que os três estados de conforto se desenvolvem em quatro contextos, respetivamente, contexto físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental. Em ambiente hospitalar são vários os procedimentos causadores de dor ou desconforto e isto torna-se mais evidente em contexto de UCI ou SU. O desconforto está associado a muitos fatores e não apenas à existência de intervenções invasivas. São disso exemplo, a presença de aparelhos de monitorização simples, a imobilidade, a presença constante de barulho e de luz artificial, entre outros. Se a algum destes fatores associarmos fatores intrínsecos da pessoa, pode ocorrer que o desconforto seja confundido com dor, ou que esta seja desconsiderada pela pessoa que a vivencia e/ou por quem presta cuidados. Uma vez que a dor pode ser física ou psicossomática, os contextos mencionados por Kolcaba e que podem interferir diretamente na dor são o contexto físico e psicoespiritual.

A relação entre o alívio da dor e o conforto é muito complexa. A dor tem componentes afetivas, cognitivas e sensoriais, sendo que o alívio da dor não é o único aspeto de conforto, daí a sua complexidade (Kolcaba, 2003). Contudo, segundo a perceção dos enfermeiros sobre os cuidados de conforto que prestam, é manifesto que o alívio da dor está associado ao contexto físico (Pinto & Conceição, 2008).

Hamilton citado por Tomey e Alligood (2004), analisou o significado da palavra conforto na perspetiva dos doentes/pessoas e o que surgiu com maior frequência foi a referência ao “alívio da dor”, como sinónimo de conforto. Apesar disso, foram referidos outros fatores o que justifica que o conforto é multidimensional e subjetivo, tal como a dor, variando de pessoa para pessoa, podendo ser definido e adquirir significados diferentes consoante o contexto, a cultura ou a pessoa.

Para Kolcaba (citada por Tomey & Alligood, 2004: 484), conforto é definido como:

a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

A condição supramencionada é frequentemente empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem, estando ainda muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa.

Uma vez que a dor é uma causa de desconforto, é fundamental que a sua avaliação seja rigorosa para implementação de medidas adequadas. Sendo o enfermeiro responsável por proporcionar conforto, a sua ação implica três tipos de intervenções: a) intervenções técnicas, que incluem a monitorização de sinais vitais, controlo analítico e administração de analgesia; b) intervenções de *coaching*, que permitem aliviar a ansiedade, através da informação ajudando a pessoa a planear de forma realista a sua recuperação ou mesmo a morte; c) intervenções de *Comfort food for the soul*, que implica a adoção de medidas de conforto básicas, permitindo que a pessoa se sinta fortalecida de forma personalizada. São exemplos deste tipo de intervenções a massagem, a imaginação guiada, a musicoterapia, entre outras (Kolcaba, 2003). Com a implementação destas intervenções é permitido um fortalecimento do conforto que representa um *outcome* importante para a enfermagem e para os cuidados de saúde em geral, tendo em conta que representa um resultado individual e não somente a ausência de dor.

1.2. Pessoa em Situação Crítica com dor

De acordo com a OE (2010), a PSC é 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. Pode ser definida como tendo alto risco de problemas de saúde, que levam a um real ou potencial risco de vida, sendo que os cuidados à PSC podem ser prestados em diferentes serviços em contexto hospitalar (Elliott, Aitken, & Chaboyer, 2012).

Perante a PSC deparamo-nos com a presença de variadíssimos equipamentos e dispositivos responsáveis, muitas vezes, por provocar ansiedade, *stress*, desconforto e mesmo dor à pessoa (Silva, Vasconcelos, & Nóbrega, 2011). O Plano Nacional de Luta contra a Dor refere que eticamente quando uma intervenção médica provoca dor ou sofrimento é inaceitável que não se proporcione à pessoa todos os meios de alívio da dor e sofrimentos inúteis (DGS, 2001).

A presença num SU ou numa UCI, locais mais frequentes para o internamento da PSC, constitui só por si uma condição de vulnerabilidade; tanto pelo ambiente envolvente, como pela situação clínica, a qual é em si mesma crítica. De acordo com McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell e Hudson (2002), a vulnerabilidade consiste na condição de dependência e incapacidade de satisfazer as necessidades básicas, tendo estas que ser

substituídas pela equipa prestadora de cuidados. Neste sentido, é fundamental que a equipa prestadora de cuidados satisfaça com sucesso as necessidades deste grupo vulnerável, proporcionando-lhe conforto, além de segurança fisiológica. Na PSC acresce ainda à sua vulnerabilidade o facto de muitas vezes estar incapaz de comunicar as suas necessidades.

Apesar dos avanços sentidos na área da gestão da dor, vários estudos realizados no âmbito das UCI têm demonstrado que a dor representa um problema para a PSC (Subramanian, Allcock, James, & Lathlean, 2012), continuando a ser subvalorizada (Ayasrah, O'Neill, Abdalrahim, Sutary, & Kharabsheh, 2014). Também a American Association of Critical-Care Nurses (2014), refere que a PSC experiencia dor durante o internamento sendo que numa UCI mais de 30% das pessoas têm dor em repouso e mais de 50% apresentam dor durante os cuidados de rotina, como a aspiração de secreções, posicionamentos, tratamento de feridas, entre outros.

O estudo realizado por Haslam, Dale, Knechtel e Rose (2012), revela que 23% das pessoas não tinham documentada a avaliação da dor durante o seu internamento sendo de salientar que a ausência de avaliação da dor ou uma avaliação incompleta está associada a um aumento da morbilidade e da mortalidade em UCI (Stites, 2013).

A natureza subjetiva da dor acarreta dificuldades relacionadas com a sua compreensão, mecanismos que lhe estão associados e também com a sua avaliação e controlo. Sendo a dor uma sensação amplamente experimentada pela PSC, o enfermeiro assume uma responsabilidade central na gestão da mesma (Elliott et al., 2012).

Uma vez que o foco da minha intervenção é a gestão da dor na PSC que não a consegue autoavaliar, torna-se importante definir o que se entende aqui por gestão da dor, ou seja, a avaliação, monitorização e controlo através da correção das complicações relacionadas com a mesma, da educação da pessoa e da família e a documentação de todas as intervenções realizadas (Yüceer, 2011).

1.3. Avaliação da dor na Pessoa em Situação Crítica que não a consegue autoavaliar

A importância da avaliação da dor tem sido evidenciada em vários documentos nacionais e internacionais. A nível nacional, no Guia Orientador de Boa Prática da OE, surge a ideia de que a avaliação da dor deve ser individualizada, monitorizada e documentada, sendo “norma de boa prática, que a presença de dor e a sua intensidade

sejam significativamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas” (OE, 2008: 9). Este guia apresenta linhas orientadoras com recomendações transversais aos cuidados à pessoa, cuidador principal e família, nas diversas fases do ciclo vital, qualquer que seja o ambiente em que estão inseridos.

Os enfermeiros, por serem um grupo profissional favorecido pelo tempo de contacto e pela proximidade que têm com a pessoa/família, “encontram-se numa posição relevante [e privilegiada] para promover e intervir no controlo da dor” (OE, 2008: 11), e para o qual é fundamental uma avaliação eficaz. Está incluído nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem PSC, no domínio da prática profissional, como unidade de competência fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (OE, 2010: 3). É também premente os enfermeiros prestarem cuidados de excelência, tendo como base os padrões de qualidade, para os quais foram definidos alguns enunciados descritivos dos padrões de qualidade da especialidade de PSC, incluindo-se a minha intervenção no “bem-estar e auto cuidado”, destacando-se “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas – para alívio da dor” (OE, 2011: 6).

Tendo em conta os princípios de avaliação da dor presentes no Guia Orientador de Boa Prática, esta competência exige formação contínua na área, utilização de instrumentos de avaliação e inclusão da família como parceira de cuidados. É fundamental a parceria da família na avaliação da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar, por se verificar limitações singulares, especialmente na comunicação, sendo quem melhor conhece a pessoa, podendo dar informações fundamentais como comportamentos característicos em momento de dor, tal como algumas intervenções de alívio de dor e promotoras de conforto. Para tal devemos criar uma relação de confiança, estabelecer uma relação de cuidados negociada, ou seja, uma relação de parceria (Gomes, 2009).

O enfermeiro é o veículo que garante o cuidado do outro quando ele próprio não o consegue fazer, criando uma relação com a família ou pessoa significativa capaz de o assegurar. Esta relação implica a utilização de algumas estratégias, tais como: promoção da proatividade e envolvimento da família; partilha de poder e validação de cuidados, dando reforço positivo (Gomes, 2009). No cuidar à PSC foi privilegiado o modelo de parceria de Gomes (2009).

Pela sua subjetividade e multidimensionalidade, a dor é por vezes difícil de avaliar requerendo-se que seja valorizado a autoavaliação da pessoa pois só esta é capaz de a classificar; pois a dor “é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (OE, 2008).

Contudo e de acordo com Sarmiento (2005) e Herr et al., (2006), algumas pessoas não podem autoavaliar a dor verbalmente, por escrito ou por outros meios não – verbais - idosos com demência, bebés e crianças e a PSC entubada e/ou inconsciente. A autoavaliação na PSC pode ainda ser prejudicada por presença de delírio, limitações cognitivas e de comunicação, por sedativos ou bloqueadores musculares. Assim, a avaliação da dor torna-se um desafio ainda maior para o enfermeiro (Haslam et al., 2012), tendo este a necessidade de recorrer à heteroavaliação, através da aplicação de uma escala comportamental (Gélinas, Arbour, Michaud, Vaillant, & Desjardins, 2011).

Para uma efetiva gestão da dor é determinante fazer uma correta e eficaz avaliação da mesma. Neste sentido, e pelas limitações de avaliação acima mencionadas, é fundamental a adoção de estratégias de avaliação como a avaliação de indicadores fisiológicos e comportamentais. A literatura diz-nos que a avaliação consciente e sustentada em diferentes indicadores fornecem um substrato válido à autoavaliação. Porém, Klein, Dumpe, Katz e Bena (2010), realçam que os indicadores comportamentais dão-nos informação mais válida que os indicadores fisiológicos. O estudo de Puntinho et al., (citado por Haslam et al., 2012) reforça que as alterações fisiológicas foram as menos registadas pelos enfermeiros para documentar a dor, afirmando que estas alterações apenas eram valorizadas em associação às alterações comportamentais para inferir a presença da mesma.

Foram assim construídos e validados vários instrumentos que podem ser usados na PSC (Elliott et al., 2012), servindo a avaliação da dor como base para o tratamento da mesma (Barr & Pandharipande, 2013). Na perspetiva da American Association of Critical-Care Nurses (2014), a avaliação da dor na PSC deve ser feita através das escalas comportamentais quando a autoavaliação está comprometida.

Na Circular Normativa nº 9 não estão contempladas as escalas de avaliação da dor na pessoa inconsciente. A nível nacional, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) dá-nos a indicação que 67% das UCI avalia a dor com a escala visual numérica, escala esta que não está indicada para esta população, acrescentando ainda que a nível nacional apenas 25% das UCI utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequados à

PSC que não comunica (Pinho, Carneiro, & Alves, n.d.). Nestes casos, a dor “deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos” (Pinho, Carneiro, & Alves, 2013:7). De referir que algumas destas escalas apresentam bom grau de fiabilidade, sendo elas: a *Behavioural Pain Scale* (BPS), a *Critical care Pain Observation Tool* (CPOT) e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID) (Pinho et al., n.d.).

Neste enquadramento, em 2010 foi constituído o Grupo de Avaliação da Dor (GAD) pela SPCI com o objetivo de uniformizar a avaliação da dor na PSC, designando um instrumento de avaliação da dor na pessoa adulta, submetida a ventilação mecânica, sedada e que não comunica. No estudo realizado pela SPCI, foram aplicadas duas escalas e no final foi feito um questionário para perceber a escala preferida dos enfermeiros a fim de uniformizar a avaliação da dor. A escala BPS foi a mais utilizada e considerada a mais adequada na PSC quando comparada com a ESCID (Pinho et al., n.d.). Todavia, a sua aplicação tem algumas limitações devendo ser evitada ou mesmo contraindicada em pessoas com alterações neurológicas, pessoas com tetraplegia e pessoas sob terapêutica com bloqueadores neuromusculares, isto porque o parâmetro movimento dos membros superiores estará alterado (Payen et al., 2001).

Este instrumento de avaliação já se encontra validado para a população portuguesa, tendo sido realizado um estudo para a adaptação semântica e cultural da escala BPS-IP. A escala BPS-IP representa uma adaptação da escala de Payen et al., (2001), sendo de realçar que os enfermeiros que participaram nesta colheita de dados tinham formação em avaliação da dor e experiência na aplicação de uma versão traduzida da escala. Para além disso é uma potencialidade deste instrumento a utilização de imagens exemplificativas de comportamentos de dor, condição que facilita a sua interpretação (Anexo 1).

Pelo exposto, conclui-se que,

a avaliação da dor é imprescindível para a melhoria da qualidade dos cuidados e desenvolvimento de pesquisas futuras (...) [e que] o uso da escala [BPS] requer formação em avaliação da dor e treino na sua aplicação, particularmente no que se refere ao indicador “adaptação ao ventilador” (Batalha et al., 2013, p.15).

Apenas com a efetiva avaliação é permitido assegurar à PSC o seu direito à gestão da dor, cumprindo-se o dever profissional indo ao encontro da humanização dos cuidados (Pinho et al., n.d.).

1.4. Controlo da dor na Pessoa em Situação Crítica

Após uma eficaz avaliação da dor exige-se que seja feita uma abordagem que permita controlar a dor ou mesmo eliminá-la, de forma a proporcionar conforto à pessoa e evitar todas as comorbilidades associadas.

É um direito da pessoa com dor o “ (...) controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada”, constituindo igualmente um dever de todos os profissionais de saúde e neste caso particular os enfermeiros “ (...) adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2008: 8).

O controlo da dor pode ser conseguido com a implementação de dois tipos de intervenções: interdependentes (farmacológicas) e autónomas (não-farmacológicas). Entende-se como intervenções interdependentes as que são realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros profissionais de saúde com um objetivo comum e que implicam prescrições ou orientações previamente formalizadas pela equipa multidisciplinar. As intervenções autónomas correspondem a “acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” (OE, 2012: 18). Tem-se verificado cada vez mais a aplicação destes dois tipos de intervenções em complementaridade.

O estudo de Ayasrah et al., (2014) revela que os registos de enfermagem dão maior destaque às intervenções farmacológicas do que às não-farmacológicas, apesar de ambas serem documentadas. Na abordagem farmacológica normalmente associa-se a analgesia à sedação de forma a poder reduzir a ansiedade da pessoa (Elliott et al., 2012). Contudo, o que se preconiza é a introdução da analgesia primeiro, verificando-se que as pessoas a quem foi introduzida analgesia antes da sedação apresentam maior conforto, não sendo necessário em 50% dos casos a associação de sedação e analgesia. Esta medida pode ser benéfica no que respeita à diminuição da sedação e do tempo de permanência sob ventilação mecânica (Sakata, 2010).

Para que seja possível um eficaz controlo da dor, é essencial que seja documentada a avaliação antes e após a administração de analgesia, tal como a resposta à mesma permitindo a continuidade dos cuidados e a tomada de decisão no que diz respeito à gestão eficaz da analgesia (Haslam et al., 2012). Ayasrah et al., (2014) referem que os

enfermeiros raramente reavaliam a eficácia da implementação das suas intervenções, o que poderá não evidenciar a sua prática.

A nível das intervenções farmacológicas, os fármacos de primeira linha na dor da PSC são os opióides, administrados por via endovenosa, sendo recomendado a administração de analgesia preemptiva, de forma a aliviar a dor. A analgesia preemptiva consiste numa “forma de analgesia que, iniciada antes do estímulo doloroso ser gerado, previne ou diminui a dor subsequentemente” (Garcia, Issy, & Sakata, 2001: 448).

De acordo com Subramanian, Allcock, James e Lathlean (2012) é necessário experiência e conhecimento para uma boa prática na gestão da dor. O seu estudo revela que no âmbito da UCI a maioria dos enfermeiros recorre ao parecer do perito da dor, uma vez que esta é o principal *stressor* para a PSC, sentindo assim a necessidade de recorrer a *guidelines*/protocolos.

Como se perceberá, para um efetivo controlo da dor é fundamental complementar as intervenções mencionadas com intervenções não-farmacológicas, permitindo reduzir a administração de opióides e outros analgésicos de reforço, reduzindo custos através de técnicas fáceis de proporcionar (Barr et al., 2010). A OE (2008) classifica as intervenções não-farmacológicas em: a) cognitivo-comportamentais (terapia cognitiva/comportamental, reestruturação cognitiva, treino de habilidades de *coping*, relaxamento com imaginação, distração), b) físicas (aplicação de frio/calor, exercício, imobilização, massagem, estimulação elétrica transcutânea), c) suporte emocional (toque terapêutico, conforto).

Pelo exposto, pode concluir-se que:

cuidar do doente com dor pode ser uma experiência desafiadora e compensadora quando o enfermeiro tem capacidades e conhecimentos sobre várias opções terapêuticas. Tendo em atenção que a dor é uma experiência única e individual para cada pessoa não há um tratamento único que alivie todos os doentes em todas as situações, podendo ser útil recorrer a várias estratégias para conseguir um bom resultado (Elkin, Perry & Potter citados por Sousa, 2009, p.38).

O referencial teórico apresentado, de forma sintética, contribuiu para sustentar a minha ação em estágio, a qual irei explicar em seguida.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM

Os campos de estágio escolhidos para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na PSC foram uma unidade de cuidados intensivos e um serviço de urgência. Transversalmente aos dois contextos de estágio foram estabelecidos três focos de intervenção, designadamente: a) desenvolver competências especializadas na gestão da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar; b) desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; c) agir como vetor de conhecimento recorrendo à evidência científica contribuindo para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem.

Neste sentido, foi necessário estabelecer objetivos e delinear atividades para cada contexto de estágio sendo central a problemática deste relatório; PSC com dor incapaz de a autoavaliar. Esta problemática assenta em duas grandes premissas: a) identificação e implementação de intervenções de enfermagem na área da gestão da dor; b) utilização de estratégias promotoras de conforto.

O percurso de estágio iniciou-se numa UCI Médico-Cirúrgica. A escolha deste contexto assentou no fato de ser uma unidade polivalente que admite pessoas do foro médico e cirúrgico, com índices desconhecidos de dor, com as quais poderia ter uma intervenção especializada na área, permitindo-me desenvolver competências de enfermagem junto da PSC e sua família. Estas intervenções passariam pela prestação de cuidados diretos mas também pela gestão da comunicação com a pessoa e família, tendo em conta o dever de sigilo e informação (Código Deontológico dos Enfermeiros Lei n.º111/2009, de 16 Setembro).

Para segundo contexto foi escolhido um SU geral, também de um hospital central de Lisboa, por se verificar a possibilidade de um leque diversificado de situações de saúde onde a dor era uma situação esperada, com necessidade de intervenções sistemáticas e sistematizadas.

Uma atividade desenvolvida continuamente ao longo dos dois estágios foi a pesquisa bibliográfica da evidência científica nas bases de dados Medline, Cinahl e Cochrane e também de recomendações nacionais e internacionais publicadas.

Os estágios foram realizados assegurando uma prestação de cuidados que espelhem a responsabilidade profissional e a preservação dos deveres éticos e deontológicos, dos quais destaco: dever para com a comunidade, conhecendo as necessidades específicas da PSC e sua família, colaborando com outros profissionais, segundo as necessidades encontradas; preservação dos direitos à vida e à qualidade de vida, valorizando a qualidade de vida da PSC através de intervenções de gestão da dor promovendo o conforto, respeitando a integridade bio-psicossocial e espiritual da pessoa; excelência do exercício, mantendo o conhecimento atualizado utilizando de forma competente a tecnologia. Tratando-se de uma área de intervenção diferente do meu contexto de trabalho, pretendi também adequar normas de qualidade às necessidades da pessoa, tendo por isso colaborado na elaboração da norma de avaliação da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar, em contexto de UCI (Código Deontológico dos Enfermeiros, Lei n.º111/2009, de 16 Setembro).

2.1. Estágio 1: Unidade de Cuidados Intensivos Médico – Cirúrgica

Ao longo do tempo temos vindo a assistir a uma grande evolução nestes serviços de saúde e aos cuidados que lhe estão inerentes. A medicina intensiva corresponde a uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis (DGS, 2003).

Numa UCI médico-cirúrgica, para além da dor provocada pelos dispositivos necessários para a monitorização hemodinâmica e pelos procedimentos médicos e de enfermagem realizados, acrescem aos fatores desencadeadores de dor o próprio procedimento cirúrgico.

Neste serviço em concreto, são admitidas pessoas com falência respiratória, cardíaca e multiorgânica, politraumatismos e pessoas em pós-operatório que necessitam de vigilância contínua. Tem como missão assegurar especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas (suporte informático da instituição).

A unidade dispõe de sete camas de nível III (cuidados intensivos) e quatro camas de nível II (cuidados intermédios), com a possibilidade de atingir as sete camas de nível II. Por ser uma unidade classificada como nível mais diferenciado de cuidados (nível III), admite pessoas provenientes do serviço de urgência, dos serviços de internamento, ou de serviços de outras especialidades do Centro Hospitalar. Pode também admitir pessoas vindas de outros Centros Hospitalares dando resposta às recomendações da DGS no que diz respeito à referenciação de doentes para outros hospitais em caso de inexistência de recursos específicos. Este tipo de referenciação faz-se no sentido vertical, ou seja, “dos menos diferenciados para os mais diferenciados, dos que não dispõem desse recurso para os que o têm disponível” (DGS, 2003: 14).

A equipa multidisciplinar da unidade é constituída pela equipa de enfermagem, assistentes operacionais, uma equipa médica residente, um fisioterapeuta, um dietista e uma secretária de unidade. Contudo, é sempre possível a articulação com outros profissionais. Os enfermeiros encontram-se divididos por equipas de cinco elementos, com um rácio máximo por turno de um enfermeiro para duas pessoas internadas. O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem é o método individual, baseado no conceito de cuidado global, em que cada enfermeiro fica responsável pela totalidade dos cuidados prestados à pessoa (Hesbeen, 2001).

O estágio decorreu no período de 6 de Outubro a 19 de Dezembro de 2014, com um total de 350 horas. O Quadro 1 exhibe os objetivos definidos e as atividades realizadas.

Quadro 1 – Objetivos e atividades realizadas no Estágio I

| Objetivos | Atividades |
|--|---|
| 1. Integração na equipa multidisciplinar do serviço. | Consultar normas, protocolos, procedimentos e projetos em curso; Observar as funções dos diferentes elementos da equipa e o método de trabalho adotado; Observar o circuito da pessoa em articulação com os restantes serviços. |
| 2. Desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família. | Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua família; Realizar monitorização da Pessoa em Situação Crítica; Realizar procedimentos técnicos específicos; Refletir sobre a minha prática; Realizar um estudo de caso e de um jornal de aprendizagem. |
| 3. Desenvolver competências especializadas na gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica, que não a consegue autoavaliar. | Aplicar instrumentos de avaliação da dor à Pessoa em Situação Crítica; Fazer o controlo da dor tendo em conta intervenções farmacológicas e não-farmacológicas; Gerir aplicação de protocolos de analgesia; Realizar intervenções não-farmacológicas para alívio/controlo da dor; Avaliar o impacto das intervenções dirigidas à dor e conforto; Registar intervenções realizadas. |
| 4. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prevenção e controlo da infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica. | Consultar protocolos e recomendações existentes; Implementar o protocolo de prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação; Executar a lavagem das mãos nos cinco momentos de contato com os doentes; Construir instrumentos de localização da dor reutilizáveis. |
| 5. Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem. | Elaborar um dossier com evidência atual; Realizar sessão de formação “Dor na Pessoa em Situação Crítica” |

Objetivo 1 - Integração na equipa multidisciplinar do serviço

Tornou-se fundamental o conhecimento da estrutura física do serviço, da sua organização e da constituição da equipa multidisciplinar de forma a sentir-me integrada e incluída na prestação de cuidados da mesma. Foi facilitador para a minha integração,

para além das conversas informais com a equipa, a leitura de normas e protocolos existentes no serviço de forma a prestar cuidados mais sustentados possibilitando uma melhor sistematização da minha ação.

Resultados:

A concretização deste objetivo torna-se fundamental e determinante para que os seguintes se possam atingir, na medida em que uma eficaz integração no serviço, tendo em conta a sua dinâmica organizacional e funcional, permite uma adequada prestação de cuidados a nível diferenciado.

De destacar que a equipa multidisciplinar mostrou-se sempre muito recetiva à minha aprendizagem, envolvendo-me na prestação de cuidados complexos.

Objetivo 2 – Desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família

Durante o período de estágio prestei cuidados de enfermagem à PSC com patologia do foro médico, cirúrgico e traumatológico. A escolha deste foco de atuação surgiu para que pudesse desenvolver competências na área de intervenção do meu projeto de estágio - Gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica que não a consegue autoavaliar - para além de competências de prestação de cuidados à PSC inerentes ao curso de mestrado.

Na prestação direta de cuidados à PSC e sua família foi-me possível mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso académico, não descurando a necessidade de revisão da literatura segundo as necessidades encontradas ao longo do estágio.

Numa fase inicial, foi importante familiarizar-me com o contexto da prática clínica e adaptar-me a determinados dispositivos e equipamentos, uma vez que era uma realidade diferente da minha experiência profissional até aqui. Foi-me possível a monitorização dos parâmetros mais simples aos mais complexos como sejam, pressão arterial invasiva, pressão venosa central, pressão intra-abdominal e pressão intracerebral.

Para o desenvolvimento de competências selecionei casos complexos, como pessoas com maior instabilidade hemodinâmica, necessidade de manuseamento de

equipamentos, maior risco de dor como pessoas submetidas a intervenção cirúrgica e com politraumatismos.

A intervenção junto de pessoas vítimas de trauma permitiu-me desenvolver competências nesta área pelo que passo a apresentar um caso clínico de uma pessoa a quem prestei cuidados durante vários turnos e com a qual tive a percepção da constante instabilidade inerente aos cuidados críticos. Nesta situação de cuidados a família foi envolvida como parceira e como alvo de cuidados.

Tratou-se de um homem de 42 anos com o diagnóstico de entrada de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave, na sequência de um acidente de moto quatro. De acordo com alguns autores “os resultados após uma lesão cerebral traumática são variáveis, mas previsíveis em certa medida com base no tipo e gravidade da lesão e duração do coma” (Swearingen & Keen, 2003: 142). Para além disso, fatores como a idade, o mecanismo de lesão, a Pressão Intracraniana (PIC) e a integridade do tronco cerebral são determinantes para os resultados. Na prestação de cuidados a esta pessoa foi determinante a integração dos conhecimentos adquiridos na unidade curricular Suporte Avançado em Trauma, nomeadamente a abordagem ABCDE e a mobilização da pessoa com lesões da coluna.

Neste caso foi-me possível, por várias ocasiões, assumir a posição de comando em procedimentos complexos, garantindo a estabilização da coluna cervical e coordenação de procedimentos e mobilizações. De realçar a importância do planeamento dos cuidados, tendo em conta a instabilidade constante apresentada, atendendo a vários aspetos em simultâneo, tais como, manter a inclinação do plano da cama adequada, alinhamento corporal, adaptação à prótese ventilatória, monitorização da tensão arterial, dando destaque à Pressão Arterial Média (PAM).

Para além de monitorização hemodinâmica, foi-me possível monitorizar a PIC (valor normal <15mmHg), mantendo PPC normais (> 70mmHg) e prestar cuidados inerentes a este cateter, tal como à drenagem ventricular externa (Swearingen & Keen, 2003). Para que estes valores se mantivessem dentro dos parâmetros fisiológicos, evitassem sequelas posteriores e agravamento do estado clínico, foi fundamental a titulação da sedo-analgesia consoante os parâmetros vitais avaliados e a utilização dos respetivos instrumentos de avaliação. Embora a prescrição terapêutica seja da competência do médico assistente cabe ao enfermeiro fazer a titulação dos ritmos de

perfusão de acordo com as avaliações efetuadas e perante os valores de referência prescritos.

De salientar que na administração de terapêutica tive sempre atenta à vigilância e monitorização dos possíveis efeitos adversos e alterações hemodinâmicas. A monitorização de parâmetros como PIC e PPC permitem orientar atitudes terapêuticas e fornecer informação prognóstica (Rios & Alves, 2000). Assim, face à complexidade das situações de saúde e das respostas necessárias à PSC e/ou falência orgânica, pede-se ao enfermeiro a mobilização de conhecimento próprio de forma a dar uma resposta em tempo útil e de forma holística, tal como fazer a gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos. Isto implica diagnosticar precocemente complicações resultantes da implementação desses mesmos protocolos, responder apropriadamente às complicações e monitorizar e avaliar as respostas aos problemas identificados (OE, 2010).

Esta situação de cuidados, a par de outras que pude vivenciar, foi causadora de ansiedade na família. A hospitalização provocada por uma doença grave que implica o internamento em UCI é “particularmente difícil pois esta é, frequentemente, uma situação inesperada e imprevisível, [onde] existe incerteza quanto ao prognóstico e uma forte possibilidade de o doente falecer” (Kaakinen et al., citados por Campos, 2014: 30), representando uma situação de crise emocional que quebra o equilíbrio familiar. Para além disso, a monitorização a que a pessoa está sujeita acarreta na família sentimentos de medo, de insegurança, de ansiedade e depressão (Esteves, 2012).

Na situação de cuidados descrita, a filha menor encontrava-se com instabilidade emocional tendo sido necessária a intervenção da equipa multidisciplinar. Durante o período de internamento, que foi prolongado devido à complexidade e gravidade da situação clínica, foi estabelecida com esta família uma relação empática que será explanada de seguida.

Torna-se importante a equipa prestadora de cuidados identificar as necessidades da família na UCI, tendo sido facilitador a observação do instrumento *Critical Care Family Needs Inventory* realizado por Campos (2014) e ter presente o modelo de parceria definido por Gomes (2009). Campos (2014) identificou cinco dimensões de necessidades sendo elas: a) recursos e sistemas de apoio; b) apoio emocional; c) visitar, d) participação e c) procura de informação. A autora concluiu que “a dimensão participação tem o maior

grau de importância, seguindo-se as dimensões visitar e procura de informação, cujo grau de importância é o mesmo” (Campos, 2014: 92).

Durante a minha intervenção em estágio, e no que concerne à dimensão visitar, era permitido à família estar presente em qualquer momento tendo em conta a disponibilidade do serviço e o horário escolar da filha menor, sendo possível a mesma participar nos cuidados físicos do seu familiar. A este propósito destaco a hidratação da mucosa oral com vaselina realizada pela filha e com impacto na relação familiar. A participação implica estar envolvido e estar presente física e emocionalmente (Campos, 2014). Podemos enquadrar esta fase de parceria da família na quinta fase do modelo de Gomes (2009) - no cuidar o outro, pois foi adquirida pela família a capacidade de ajudar a pessoa, tendo em conta cuidados mais simples, como a hidratação da mucosa oral, capacitando-a para a promoção do conforto, visto serem característicos das UCI os cuidados complexos.

Defende-se hoje ser essencial integrar a família nos cuidados de forma a reduzir a sua ansiedade, proporcionando o conforto social, através do apoio emocional, informando sobre toda a situação clínica (Campos, 2014; Kolcaba, 2003), disponibilizando a articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar, que neste caso foi a psicóloga (Kolcaba, 2003), visando uma intervenção diferenciada de enfermagem. A abordagem implementada, adotando a medida de conforto de *coaching*, proporciona o conforto da pessoa tornando a hospitalização mais humana (Kolcaba, 2003). A equipa procurou conhecer o projeto de saúde/vida da família, demonstrando disponibilidade, escuta ativa, respeito, sendo facilitado o acesso aos recursos da comunidade (psicóloga) de modo a antecipar complicações.

A literatura aponta que a presença da família no contexto hospitalar tem vindo a ser uma realidade cada vez mais constante, começando por se verificar a sua importância a nível do internamento pediátrico mas atualmente implementada em contextos de internamento de adultos, onde se verifica o alargamento dos horários das visitas (Esteves, 2012). A família tem deixado de ser percebida como uma variável que perturba a prestação de cuidados e o bom funcionamento dos serviços, mas cada vez mais como um fator facilitador desses mesmos cuidados, tornando-se um elo de ligação entre a pessoa e os profissionais de saúde. Neste sentido, é reconhecida a necessidade de envolver a família no domínio da assistência à pessoa, uma vez que é a primeira fonte de suporte da mesma quando admitida em UCI (Kaakinen et al., citados por Campos, 2014), melhorando a sua assistência, reduzindo a sua ansiedade, aumentando a satisfação da

família e a comunicação entre esta e a equipa de enfermagem (Esteves, 2012). A relação representa outro atributo fundamental para o processo de parceria e implica interações significativas entre a equipa de enfermagem e família, tendo como características a disponibilidade e cumplicidade (Dinis, 2007).

Tanto os enfermeiros como as famílias têm como objetivo comum o bem-estar da pessoa internada sendo necessário esforços sinérgicos a fim de atingir esse objetivo. Quando a família está presente há uma maior colaboração da pessoa tornando a sua recuperação mais rápida. O enfermeiro ao cuidar da unidade familiar vai diminuir a perturbação existente na mesma, o que permite que esta dê maior apoio ao cliente uma vez que há envolvimento no processo de cuidar fortalecendo a relação familiar, potenciando assim o efeito das intervenções realizadas (Kaakinen et al., citados por Campos, 2014).

Importa ainda refletir que a admissão de uma pessoa numa UCI, e que se encontra em estado crítico, pode ter um impacto devastador sobre os elementos da família, tornando-se estes igualmente alvo dos nossos cuidados. Deste modo, as intervenções do enfermeiro são cada vez mais direcionadas para o contexto da pessoa inserida numa família, não separada e isolada do todo que a envolve (Lima & Rosa, 2008). A importância da família é também reforçada no código deontológico do enfermeiro (artigo 89º) definindo que este é responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, devendo “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Lei n.º111/2009, de 16 Setembro).

Resultados:

Neste contexto de estágio, e apesar da situação de cuidados descrita anteriormente, foram diversas as intervenções que tive a oportunidade de prestar no contexto de PSC e sua família. Foi preponderante ao longo do percurso ter selecionado casos complexos e com grande instabilidade hemodinâmica porque me proporcionaram uma maior consolidação de conhecimentos teóricos em contexto prático, permitindo-me adquirir competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, antecipando a instabilidade e risco de falência orgânica (Regulamento n.º124/2011, de 20 de Novembro).

Com o decorrer do estágio tive a oportunidade de monitorizar parâmetros vitais e protocolos terapêuticos complexos, de forma contínua estando desperta para situações

iminentes de instabilidade, o que me permitiu evitar efeitos adversos das mesmas atuando rápida e eficazmente, permitindo-me adquirir competências a nível de gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º124/2011, de 20 de Novembro), fazendo a gestão de prioridades.

Por representar um contexto de cuidados diferente da minha experiência profissional, e por inicialmente me ter focado na dimensão tecnológica inerente à prestação de cuidados da PSC, foi uma dificuldade incluir a família no plano de cuidados. Contudo, com o decorrer do estágio e por a equipa de enfermagem deste contexto estar muito sensibilizada para a importância da família junto do doente, fui melhorando a minha abordagem à PSC inserida num seio familiar e com necessidades específicas. Foi necessário pesquisa bibliográfica que me ajudasse a encontrar estratégias para incluir a família no contexto de UCI, respondendo às suas necessidades. Foi gratificante perceber que a equipa estava atenta às necessidades da família, fazendo uma preparação da mesma, considerando importante o acompanhamento que é feito no primeiro contacto com o seu familiar. Fui melhorando a minha abordagem à PSC e sua família estabelecendo empatia, relação de ajuda, diminuindo a ansiedade inerente ao contexto, adquirindo competências no estabelecimento de relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica (Regulamento n.º124/2011, de 20 de Novembro), identificando necessidade de encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar, como é disso exemplo a referenciação da psicóloga, o que, por sua vez, corrobora com os pressupostos de Kolcaba (2003).

Objetivo 3 – Desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica, que não a consegue autoavaliar

A dor corresponde a um desconforto multidimensional que inclui componentes cognitivas, sensoriais e afetivas. Para proporcionar conforto é essencial ter em conta vários aspetos, contudo se não for proporcionado o alívio da dor, esta pode representar a principal razão para os efeitos negativos de adquirir um conforto total (Kolcaba, 2003).

Para uma eficaz gestão da dor é necessário uma rigorosa avaliação, através da escolha de um instrumento adequado à pessoa, e posteriormente atuar de forma a controlá-la, tendo como referência a avaliação feita inicialmente avaliando também a eficácia das intervenções implementadas.

Neste serviço, as escalas adotadas para avaliação da dor eram a escala numérica para a pessoa consciente e orientada e a BPS para a pessoa sedada e ventilada e que não consegue autoavaliar a dor, sendo a avaliação da dor feita de forma sistemática. Saliento que através da utilização da BPS fui adquirindo competências na avaliação da dor na pessoa sedada e ventilada, estando desperta para pequenas alterações que indicassem dor ou desconforto. Considero que este estágio foi muito rico em situações que me permitiram desenvolver esta competência na medida em que todas as pessoas a quem prestei cuidados tinham como diagnóstico de enfermagem dor atual ou risco de dor pela situação clínica em si, sendo por isso uma preocupação de enfermagem tanto a avaliação como o controlo da dor através de intervenções interdependentes (farmacológicas) e autónomas (não-farmacológicas).

Neste âmbito, gostaria de partilhar a minha intervenção junto de uma pessoa com 41 anos vítima de acidente de viação com diagnóstico de TCE, traumatismo torácico, traumatismo de coluna cervical e traumatismo dos membros superiores e inferiores. Durante a minha prestação de cuidados a constante reflexão e preocupação com o controlo da dor deu origem à realização de um estudo de caso.

Inicialmente esta pessoa encontrava-se com ventilação mecânica invasiva, sob sedação com propofol, apresentando num dos turnos um *score* de -4 (não responde à voz mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física), na Escala Agitação e Sedação de Richmond (RASS) e analgesiado com remifentanil, com pontuação 3 (1-1-1) na escala BPS. Após ter sido feito o desmame da sedo-analgesia apresentou um *score* de + 1 segundo a RASS (inquieta, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos) e BPS 3 (1+1+1) que passou a BPS 6 (2 + 2 + 2) durante os posicionamentos. Este dado foi alvo de discussão com a enfermeira orientadora sugerindo à equipa médica a realização de um bólus de analgesia antes dos procedimentos dolorosos. Com a administração de um bólus de remifentanil e propofol a avaliação foi de BPS 3 (1-1-1) 15 minutos após o procedimento.

Preconiza-se a administração terapêutica analgésica antes de qualquer procedimento médico ou de enfermagem de forma a prevenir ou aliviar a dor iatrogénica (Direção-Geral da Saúde, 2001; 2001a; Pandharipande, Patel, & Barr, 2014). Depois de verificar este primeiro episódio de dor na pessoa antes de um procedimento doloroso, antes da realização de qualquer outro procedimento, como realização de pensos, posicionamentos, aspiração de secreções, cuidados de higiene, entre outros, foi discutido

com a enfermeira orientadora a necessidade de reforçar a analgesia, quer através de bólus, quer através de terapêutica prescrita em SOS, como preconizado por Barr e Pandharipande (2013).

Foi minha preocupação proporcionar conforto a esta pessoa, uma vez que o conforto é um termo chave sob o qual a gestão eficaz da dor é significativa (Kolcaba, 2003). Por se tratar de uma pessoa com fraturas da coluna cervical e dos membros inferiores com necessidade de fixação externa, com Hallovest® para a coluna e com fixadores externos nos membros inferiores, foi dada igualmente importância ao controlo não-farmacológico da dor. Para o efeito, foram proporcionadas mobilizações em bloco, alternância de decúbitos frequentes, utilização de colchão de gel e de almofada de água na região occipital para alívio de pressão evitando a dor provocada pela mesma. Este tipo de intervenções não-farmacológicas estão incluídas nas intervenções promotoras de conforto no âmbito do *comfort food for the soul* (Kolcaba, 2003).

A escala BPS é fácil e rápida de aplicar mas exige treino para detetar as pequenas diferenças entre itens. Com a aplicação da mesma surgiu a dificuldade relacionada com a avaliação da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar mas que já não se encontra sedada e ventilada, não sendo correto aplicar a BPS. Perante esta dificuldade foi interessante refletir e perceber que no seio da equipa de enfermagem havia uma preocupação comum a necessidade de adotar um instrumento de avaliação da dor para estas pessoas.

De forma a tentar ultrapassar esta dificuldade e conseguir dar uma resposta a uma necessidade da equipa, entrei em contacto com a OE e a SPCI obtendo a informação de que as duas escalas validadas para a população portuguesa e possíveis de aplicar na PSC são a ESCID e a BPS.

Uma vez que ambos os instrumentos se aplicam à pessoa sedada e ventilada, mantive a pesquisa bibliográfica e também o contacto com alguns peritos na área, tendo verificado, juntamente com uma enfermeira responsável pela área da dor de um serviço de urgência de um hospital central de Lisboa, a existência de uma escala que poderia dar resposta a esta pessoa (inconsciente mas que já não se encontra sedada e ventilada). Esta escala é a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINED). Corresponde a uma escala validada para a população portuguesa e que permite a avaliação da dor na população idosa que tem inerente alterações “psicológicas, a comportamentos da função física, a

distúrbios do sono, a uma socialização diminuída e a comprometimento da função cognitiva” (Batalha et al., 2012: 8).

Para além da existência desta escala, tive conhecimento de uma outra, a BPS-NI (Anexo 2) adaptada para a pessoa não entubada e incapaz de relatar a dor em UCI, onde o parâmetro da ventilação é substituído pela vocalização da pessoa. Este conhecimento foi partilhado com a enfermeira responsável pela avaliação da dor do serviço de forma a poder escolher a escala que melhor se adequava à população alvo e também de modo a que a mesma fosse integrada no sistema informático melhorando assim a avaliação da dor.

Resultados:

Neste contexto de estágio verifiquei que a avaliação da dor já se efetuava de forma sistemática e já existiam escalas adotadas e que estavam a ser aplicadas. Foi muito positivo contactar com a escala de avaliação da dor BPS, uma vez que é considerada pela SPCI como a indicada para a PSC que se encontra sedada e ventilada. A sua aplicação constante permitiu-me estar alerta para pequenas alterações entre os itens de avaliação. Propus observar os registos de enfermagem e verifiquei que a avaliação era feita pelo menos uma vez por turno, com escala adaptada ao estado clínico da pessoa. Contudo, percebi que havia algumas lacunas ao nível dos registos das intervenções não-farmacológicas efetuadas, uma vez que não existia um campo próprio para esse registo dentro da escala BPS. A minha intervenção foi justamente melhorar este aspeto, tendo sido feito um pedido de inclusão deste campo junto dos responsáveis pelo sistema informático. Até lá, os enfermeiros registam nas notas de evolução.

Deparei-me com outra dificuldade de avaliação nas pessoas que não conseguiam autoavaliar a dor mas que já não se encontravam sedadas e ventiladas. Por ser uma dificuldade partilhada com a restante equipa, a minha intervenção passou por procurar dar resposta a esta dificuldade, encontrando uma escala que pudesse ser introduzida no serviço, permitindo assim uma avaliação da dor efetiva a todas as pessoas internadas no mesmo. Foram sugeridas a PAINAD e a BPS-NI. Neste sentido e sendo a dor transversal a todas as pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos médico-cirúrgica, adquiri competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (Regulamento n.º124/2011, de 20 de Novembro), considerando-a um padrão de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2011). Em suma, a

minha ação centrou-se na avaliação da dor procurando estratégias para melhorar a sua realização e documentação (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de Maio).

Objetivo 4 - Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prevenção e controlo de infeção perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) corresponde a “uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade” (DGS, 2007: 4). Atualmente, este tipo de infeções representam uma preocupação das instituições de saúde devido à prevalência de 5% a 10% na maioria dos países da Europa. Segundo a OMS, uma em cada quatro pessoas internadas em UCI tem risco acrescido de desenvolver IACS, tornando-se fundamental a consciência desta problemática a fim de reduzir estes indicadores (DGS, 2007). Para isso foi determinante a organização de Comissões de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) a nível institucional de forma a dar resposta ao Plano Nacional de Controlo de Infeção.

Uma vez que realizei estágio na mesma instituição onde exerço funções como enfermeira de cuidados gerais, já tinha conhecimento dos procedimentos preconizados pela CCIH contudo fui visitar protocolos e recomendações existentes na UCI por terem cuidados específicos, dos quais destaco a prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Este tipo de infeção pulmonar ocorre em pessoas submetidas a intubação endotraqueal e a ventilação mecânica por mais de 48-72h e onde a infeção não foi o motivo para o início da ventilação (Silva, Nascimento, & Salles, 2012).

Uma das estratégias para a prevenção da PAV tem sido a elaboração de protocolos nas UCI, onde o serviço onde estagiei não foi exceção. Alguns dos cuidados a ter na prevenção da PAV e que estão implementados neste serviço são: lavagem das mãos, independentemente do uso de luvas; realização de higiene oral com Clorhexidina 0,2% a cada 8h; cabeceira elevada (35°-45°), à exceção de contraindicação pela situação clínica; verificação de pressão do cuff do tubo endotraqueal de 4h/4h, mantendo-o entre os 20-30 cmH₂O; trocar o circuito do ventilador ou filtro na presença de água, secreções ou condensações; antecipar o desmame ventilatório e a extubação.

Para além destas medidas, está a ser desenvolvida a nível institucional uma iniciativa de lavagem das mãos da qual estão a ser realizadas algumas auditorias após uma primeira fase de sensibilização e formação de todos os profissionais. A lavagem das mãos representa a medida mais simples e mais efetiva na redução de IACS por serem um dos principais vetores de transmissão de infeções cruzadas, representando também “uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos” (DGS, 2010: 2). Para dar resposta a esta medida de prevenção foi determinante ter sempre presente o modelo conceptual da OMS para a higienização das mãos que inclui o conceito dos “cinco momentos”, ou seja, antes do contato com a pessoa, antes de contatos limpos e assépticos, após risco de exposição a fluidos orgânicos, após contato com a pessoa e após contato com o ambiente da pessoa.

Por ser um dos meus objetivos de estágio enalteço outras atividades. Em concreto, a construção de um instrumento de localização da dor, um exemplar por unidade do doente, o qual tinha de ter como condição inerente a possibilidade de reutilização. É considerado um equipamento reutilizável aquele “destinado a ser usado mais do que uma vez e/ou em mais do que um doente, devendo ser descontaminado obrigatoriamente entre doentes, e entre utilizações no mesmo doente” (DGS, 2010: 7). Deste modo, foi pensado material que permitisse a descontaminação do instrumento sendo posteriormente plastificado.

Foi uma constante preocupação a implementação de medidas preventivas de controlo de infeção como as anteriormente descritas, contribuindo para a diminuição das taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, possibilitando uma diminuição do tempo de internamento na UCI e uma minoração das comorbilidades da pessoa.

Resultados:

É da responsabilidade de todos os profissionais de saúde cumprir normas, protocolos e recomendações da CCIH. Neste sentido, considero que prestei cuidados tendo em conta a prevenção das IACS bem como, demonstrei estar desperta para esta problemática quando construí os instrumentos de localização da dor. Pelo exposto, avalio ter desenvolvido competências de prevenção e controlo da infeção para dar resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º124/2011, de 20 de Novembro).

De referir que ao longo do estágio mobilizei as normas instituídas pela CCIH referentes à prevenção das IACS, podendo destacar a lavagem das mãos, a utilização de técnica asséptica, sempre que se preconizava, e a implementação de protocolos do serviço, como por exemplo o protocolo referente à prevenção da PAV, visando desta forma a melhoria contínua da qualidade, mantendo um ambiente terapêutico e seguro, através da colaboração de programas de melhoria da qualidade (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de Maio).

Objetivo 5 - Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem

De forma a ser um agente de divulgação de informação atual na área da dor foram desenvolvidas algumas atividades, entre as quais saliento a elaboração de um dossier onde foi acrescentado evidência atual sobre a temática da dor e onde foram incluídas recomendações da OE e da DGS e um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Para além das indicações de entidades reconhecidas e que regulamentam a nossa prática, foram incluídos artigos científicos recentes.

Durante o estágio fui percebendo algumas necessidades de formação na equipa, isto porque fui integrada numa equipa onde fazia parte o elemento responsável pela elaboração da norma de avaliação da dor na UCI e com a qual fui estando mais alerta para as várias necessidades do serviço.

Passo a apresentar mais uma intervenção relevante deste estágio. Durante a prestação de cuidados a uma pessoa politraumatizada e com necessidade de ventilação mecânica esta apresentava dor que foi avaliada com a escala BPS, escala esta que lhe estava adequada porque ainda se encontrava ventilada mas sem sedação. No entanto, surgiu a necessidade de construir um instrumento de localização da dor (Apêndice 1), de modo a personalizar o seu controlo e mais especificamente ao seu controlo não-farmacológico. Elaborei um instrumento de localização da dor composto por uma figura que tinha representado a parte anterior e posterior do corpo humano e onde a pessoa conseguiria localizar a região corporal onde estava a sentir dor.

No que respeita à avaliação da dor, foi feito um diagnóstico de necessidades de formação através de conversas informais com os elementos da equipa, os quais referiram a utilização incorreta das escalas BPS e numérica, expressando a necessidade de

existência de uma escala comportamental para o doente não sedado e ventilado. Para além disso, em conversas informais, a equipa de enfermagem verbalizava não reavaliar as suas intervenções e não incluir as intervenções não-farmacológicas da dor nos seus registos. Manifestaram necessidade de informação sobre as escalas existentes para a avaliação da dor nos doentes anteriormente descritos, para além de uma sensibilização na área. De acordo com a OE (2008), devemos assegurar a continuidade dos cuidados, registando as observações e intervenções realizadas. Assim, o enfermeiro deve “[comunicar] com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência” (p.18).

No serviço já estava a ser elaborada a norma de avaliação da dor na PSC, tendo sido implementada no final do meu estágio. Antes da sua implementação foi realizado uma sessão de formação (Apêndice 2) em conjunto com a enfermeira responsável pela elaboração da norma de avaliação e onde foi sensibilizada a equipa de enfermagem para a importância da dor e para a necessidade de uma efetiva avaliação da mesma.

Resultados:

A sessão de formação, realizada em conjunto com a enfermeira responsável pela avaliação da dor no serviço, demonstrou a plena integração na equipa de enfermagem e o reconhecimento da importância da temática, possibilitando aprofundar conhecimento para o desenvolvimento de competências, das quais destaco: a) desenvolvimento da prática profissional e ética no campo de intervenção - da Pessoa em Situação Crítica e na gestão da dor; b) colaboração em programas de melhoria da qualidade, através da implementação de norma de avaliação da dor; c) desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade; d) fundamentação da minha *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, adquiridos através da constante pesquisa bibliográfica, responsabilizando-me por ser facilitadora da aprendizagem na área de especialização (Regulamento n.º 122/2011, de 29 de Maio); e) gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos nos instrumentos de avaliação e no controlo da dor tendo em conta medidas farmacológicas e não-farmacológicas (Regulamento n.º 124/2011, de 20 de Novembro).

2.2. Estágio 2: Serviço de Urgência

A escolha deste segundo local de estágio deveu-se, como fator principal, à necessidade de desenvolver competências de enfermagem em contexto de SU. O desafio passou por selecionar um hospital central de Lisboa, pela complexidade e abrangência de situações que admite e onde se perspectivavam um leque diversificado de oportunidades na prestação de cuidados à PSC. Previa-se igualmente um contexto de estágio com potencial de desenvolvimento de competências no âmbito da gestão da dor na PSC; sendo um dos principais motivos porque a população recorre a este serviço de saúde (Berben, Meijs, van Grunsven, Schoonhoven e Van Achterberg, 2012).

Este serviço em causa é classificado como um serviço polivalente, com o maior grau de diferenciação técnica para o acolhimento de situações de urgência/emergência, sendo também definido como de segundo nível funcionando como Urgência Médico-Cirúrgica para a respetiva área de influência, devendo dispor de todas as valências médicas (DGS, 2001b).

O serviço foi recentemente reestruturado e engloba diferentes setores na área do atendimento, designadamente, triagem, sala de reanimação, atendimento geral de doentes não urgentes, balcão de atendimento médico-cirúrgico, balcão de trauma/ortopedia, pequena cirurgia, gabinete de psiquiatria, duas salas de decisão clínica e sala de observação. A sala de observação pretende acolher pessoas internadas para estabilização clínica e/ou que se encontram a aguardar vaga nos restantes serviços de internamento hospitalar, dispondo ainda de um quarto de isolamento com pressão negativa.

É formado por uma equipa multidisciplinar, onde se inclui a equipa de enfermagem que é constituída por 64 enfermeiros, incluindo a equipa de gestão/coordenação. Assim, foi desde logo um repto integrar uma equipa de saúde com esta dimensão num contexto desconhecido e onde pretendia desenvolver competências do domínio da responsabilidade profissional, da ética e legal, da melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados. Para além destas, esperava desenvolver competências específicas na gestão da dor na PSC.

O estágio decorreu no período de 5 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2015, com um total de 150 horas. No quadro 2 podemos encontrar os objetivos e as atividades realizadas.

Quadro 2 – Objetivos e atividades realizadas no Estágio II

| Objetivos | Atividades |
|--|--|
| 1. Integração na equipa multidisciplinar do serviço | Realizar visita ao serviço; Consultar normas, protocolos, procedimentos e projetos em curso; Consultar informação sobre o circuito da pessoa no serviço em articulação com a restante instituição. |
| 2. Desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e à sua família. | Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e sua família; Vigiar focos de instabilidade; Colaborar na prestação de cuidados de triagem; Colaborar na aplicação de protocolos complexos; Colaborar na prestação de cuidados na sala de reanimação; Colaborar no transporte da PSC, intra e inter-hospitalar; Refletir sobre a minha prática; Realizar jornais de aprendizagem. |
| 3. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na Pessoa em Situação Crítica. | Realizar pesquisa bibliográfica na área da dor na PSC que não a consegue autoavaliar; Colaborar na prestação de cuidados prestados por peritos; Participar na gestão da dor; Aplicar instrumentos de avaliação da dor; Proporcionar o controlo da dor através de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas; Registar a dor de uma forma sistematizada; Realizar sessão de formação “Importância da avaliação da dor no SU”. |
| Desenvolver competências especializadas de enfermagem no domínio das aprendizagens profissionais. | Desenvolver o autoconhecimento, através de pesquisa bibliográfica recente; Participar em congressos e jornadas de enfermagem. |

Objetivo 1 – Integração na equipa multidisciplinar do serviço

Para atingir os objetivos propostos para este campo de estágio, tal como no estágio anterior, tornou-se determinante passar por um processo de integração no serviço, o que se mostrava ser ambicioso num período de tempo curto (150 horas). Este é um serviço de grandes dimensões, com vários setores e com uma equipa multidisciplinar igualmente extensa, o que exigiu um esforço acrescido de forma a poder sentir-me integrada o mais

rápido possível. Desta forma, foi fundamental o acolhimento que me foi proporcionado pela equipa multidisciplinar, tal como ter tido oportunidade de conhecer a estrutura física, o funcionamento e organização do serviço.

Após um primeiro turno onde me foram apresentados, pela enfermeira de gestão, os vários setores que constituem este SU e as valências existentes em cada um, foram escolhidos de entre os mesmos os que melhor se adequavam aos meus objetivos de estágio, tendo sido fundamental realizar um turno por todos os setores para um melhor conhecimento de toda a estrutura.

Resultados:

Durante o estágio permaneci essencialmente na triagem, sala de observação, sala de trauma/ortopedia, por se prever ter maiores contributos para o desenvolvimento de competências nas áreas dos cuidados de enfermagem à PSC e na gestão da dor na PSC, permitindo dar resposta aos objetivos propostos.

Objetivo 2 – Desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e à sua família

O primeiro turno realizado foi na sala de triagem, permitindo-me perceber as características principais da população que recorre ao centro hospitalar e quais as patologias mais frequentes em situação de urgência/emergência. Foi determinante ter realizado o primeiro turno neste setor permitindo-me compreender o funcionamento da Triagem de Manchester, perceber como é feito o primeiro contato da pessoa com o hospital, a importância do mesmo ser realizado por um enfermeiro e também perceber o percurso da pessoa dentro do próprio serviço. Tive a possibilidade de ficar a conhecer os protocolos complexos existentes tais como, Via Verde (VV) AVC, VV coronária e VV sépsis e modos de ativação.

Verifiquei que a principal queixa de saúde referida pelas pessoas que recorrem ao hospital é a dor, quer como sintomatologia primária ou associada a outra patologia (Berben et al., 2008, 2012; Goh, Lee e Tham, 2007; Kelly, 2000), permitindo justificar a importância da intervenção especializada do enfermeiro na gestão da dor na PSC. Como referido anteriormente, este tema representa um tema atual e em constante atualização, onde ainda se verificam lacunas na sua abordagem (Berben et al., 2012), e no qual o

enfermeiro pode ter um papel determinante, quer no que diz respeito à sua avaliação, como também ao respetivo controlo farmacológico e não-farmacológico e ainda, na avaliação da eficácia do tratamento implementado.

Por verificar o significado da dor no SU foi importante refletir sobre a abordagem da mesma na sala de triagem, exigindo a realização de pesquisa bibliográfica e posterior reflexão culminando num jornal de aprendizagem. Com esta elaboração, tive maior consciência que, e apesar da importância que tem sido dada à dor, poucas são as alterações feitas no que diz respeito à sua gestão no momento da admissão da pessoa. Verifiquei que o controlo farmacológico só é iniciado após observação médica, apesar da avaliação da dor ser feita numa fase precoce, ou seja, ainda em sala de triagem pelo enfermeiro, com recurso a escalas de avaliação. Um estudo nacional revelou que a prioridade clínica atribuída na Triagem de Manchester às pessoas que recorrem com dor é de 63,5% à prioridade amarela, seguindo-se da prioridade verde com 29,4% (Pereira, 2011).

Está comprovada a eficácia de protocolos de analgesia logo no primeiro contato com o profissional de saúde, que neste caso seria o enfermeiro na sala de triagem. Esta intervenção é frequente em países como a Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América (Goh, Lee, & Tham, 2007).

Neste campo, pretendia criar um protocolo de administração de analgesia em sala de triagem em situações de pessoas com monotrauma, dores das extremidades e cefaleias, para não mascarar um diagnóstico futuro. Após análise com o enfermeiro orientador e a chefia do serviço, verificou-se ser inviável tal intervenção na medida em que se tratava de um estágio de curta duração e por se tratar de um processo que iria levar algum tempo até ser autorizado e posteriormente implementado. Contudo, ficou junto da equipa a ideia da importância da implementação de um protocolo de analgesia, que irá ser posteriormente trabalhado pela enfermeira responsável pela dor no serviço. Como estratégia secundária, discuti a necessidade de adoção de intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor, como sendo a aplicação de gelo, o posicionamento no leito, a remoção precoce do plano duro, a redução da luminosidade e do ruído, as quais contribuem para aliviar o *stress* e a dor crónica (McLeod & Nelson, 2013).

Neste setor pude também perceber as competências de enfermagem necessárias tais como, a capacidade de fazer triagem a uma pessoa através da sintomatologia apresentada, sintetizando e sistematizando a informação, acionar protocolos existentes de forma a diminuir co-morbilidades, através da implementação das VV. Sem levantar

diagnósticos, o enfermeiro, na sala de triagem tem que ter a capacidade de identificar o principal e verdadeiro motivo que levou a pessoa a recorrer ao hospital, de forma a atribuir-lhe uma prioridade clínica (Grupo Português de Triagem [GPT], 2010). A decisão baseia-se em três princípios fundamentais, a saber: facilitar a gestão clínica de pessoas, facilitando a gestão do serviço; o diagnóstico não estar precisamente relacionado à prioridade clínica, porque a prioridade reflete um número de aspetos de uma condição particular apresentada por um doente e o tempo de observação não tem que estar relacionado ao diagnóstico exato (GPT, 2010).

Os sinais e sintomas apresentados e descritos pela pessoa fazem a discriminação entre as prioridades clínicas, sendo por isso chamados de discriminadores, apresentados sobre a forma de fluxogramas. O discriminador geral dor “descreve apenas a intensidade ou gravidade da dor. Outras características da dor, tais como a localização, irradiação e a periodicidade, podem figurar como discriminadores específicos noutros fluxogramas de apresentação particulares” (GPT, 2010: 33). No caso específico da dor, é preciso treino e experiência do enfermeiro uma vez que é algo subjetivo e pode ser incluído em vários fluxogramas, como referido anteriormente.

A sala de reanimação foi outro setor de oportunidades de aprendizagem, de relevar por ser o local onde são observadas pessoas que necessitam de uma avaliação e intervenção imediata, devido à sua instabilidade, antecipando situações de risco de vida constantes. Neste setor a primeira atividade desenvolvida no início de cada turno era a verificação do material necessário em cada unidade, organizando-o de forma a ser possível uma rápida atuação em situação de urgência/emergência. Para além de verificar o material era igualmente importante testá-lo de forma a ser possível detetar avarias ou anomalias no seu normal funcionamento. Desta forma, testei os ventiladores, o desfibrilhador, as rampas de oxigénio, os sistemas de aspiração de secreções e também fiz a verificação das malas de transporte intra e inter – hospitalar. Estes procedimentos permitem uma rápida atuação em situação emergente, evitando atrasos na implementação de qualquer tratamento/intervenção de suporte de vida.

Durante os turnos realizados na sala de reanimação ocorreu uma situação de Paragem Córdio-Respiratória (PCR) na qual me foi possível mobilizar conhecimento adquirido na unidade curricular Suporte Avançado de Vida (SAV). Posso dizer que nesta situação consegui articular-me com a equipa multidisciplinar, identificando uma situação de instabilidade hemodinâmica, onde apesar da atuação adequada culminou em PCR,

tendo sido aplicado o SAV. Este implica a utilização de fármacos, ventilação por intubação traqueal, monitorização cardíaca e desfibrilhação elétrica (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2011). Verifiquei que neste setor existe um cartaz do algoritmo de SAV e também das disritmias peri-paragem, o que é facilitador para a coordenação das intervenções necessárias.

Para além do desenvolvimento de conhecimentos e competências em SAV, foi-me possível, tal como já tinha acontecido no contexto anterior, aplicar os conhecimentos adquiridos na unidade curricular de Suporte Avançado de Vida em Trauma, pela elevada admissão de pessoas vítimas de politrauma. Recebi várias pessoas admitidas por este motivo e que chegaram ao hospital com acompanhamento da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER). Neste sentido, foi-me permitido desenvolver a abordagem à pessoa seguindo a avaliação ABCDE, efetuando a avaliação inicial e secundária, de uma forma sistematizada, permitindo resolver problemas de acordo com o seu grau de prioridade. Aqui elevo também a deslocação do meu conhecimento sobre posicionamento/transferência e imobilização da pessoa.

Procurei acompanhar os enfermeiros distribuídos para este setor de forma a conseguir colaborar na prestação de cuidados à PSC, desenvolvendo competências na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, das quais destaco algumas das situações com as quais tive contato: pessoas com doença neurológica, prestando cuidados a pessoas com AVC e onde foi acionada a VV AVC e doença cardíaca, prestando cuidados a pessoas com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), com necessidade de transporte inter-hospitalar para permitir intervenção em sala de hemodinâmica, que se encontra fisicamente noutra hospital do mesmo centro hospitalar.

O transporte do doente crítico também foi uma temática que sempre me suscitou grande interesse, pelo que procurei estar desperta para as recomendações de efetivação do mesmo. Durante este estágio tive a oportunidade de efetuar vários transportes da PSC, quer intra-hospitalar (exames complementares de diagnóstico, UCI), quer inter-hospitalar (sala de hemodinâmica).

O transporte da PSC, apesar dos riscos que envolve, justifica-se a nível inter-hospitalar ou mesmo entre serviços do mesmo hospital, sempre que haja necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realizar meios complementares de diagnóstico e/ou terapêutica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008).

Quero destacar a transferência de uma pessoa que me estava atribuída, que devido ao diagnóstico de EAM C/ST teve que ser transportada para outro hospital do mesmo centro hospitalar de modo a ser intervencionada na sala de hemodinâmica, isto porque “a principal indicação para transferência de um doente crítico entre hospitais é a inexistência de recursos (humanos e técnicos), no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado” (SPCI, 2008: 6).

Este caso visou uma pessoa do sexo masculino, com 45 anos de idade, com patologia miocárdica prévia, com múltiplos enfartes do miocárdio com colocação de 2 stents e que recorreu ao SU por dor pré-cordial com irradiação para o membro superior esquerdo, com duração de 30 minutos que teve início depois do almoço referindo também dispneia progressiva.

Vinha acompanhado pela equipa da VMER e já tinha sido acionada a VV Coronária. Entrou diretamente na sala de reanimação e na primeira avaliação tinha os seguintes valores; tensão arterial: 190/100mmHg; pulso:115 ppm e frequência respiratória 30 cpm. Já se encontrava sob oxigenoterapia a 15 l/min, por máscara facial.

Foram puncionados dois acessos venosos periféricos n.º 18 ch e feitas colheitas de sangue para análise. Foi observado pelo médico cardiologista que diagnosticou EAM c/SST, pelo que foi contactada a equipa da sala de hemodinâmica para a realização de cateterismo.

Foi administrada a terapêutica segundo o protocolo da VV: aspirina 250 mg PO, clopidogrel 600 mg PO e heparina 5000 U EV. Manteve-se com vigilância de parâmetros vitais, mantendo-se com tensões arteriais sistólica 190 -200 mmHg e tensões arteriais diastólicas 100-110 mmHg pelo que teve necessidade de administração de um bólus de furosemida e iniciar perfusão de dinitrato de isossorbido com ritmo de perfusão de 6 cc/h. Uma das preocupações presentes foi o controlo sintomático da dor. À chegada na sala de reanimação tinha dor 7/10 (Escala Numérica [EN]), tendo sido administrado um bólus de 4 mg de morfina, sem efeito. Por manter dor 7/10 (EN) foi contactado o médico responsável que deu indicação para administrar mais um bólus de 2mg de morfina que com pouco efeito. Por dor 6/10 (EN) foi contactada novamente a equipa médica que deu indicação para administrar mais 2 mg de morfina. Na abordagem à dor desta pessoa, e tendo em conta as suas características, verificou-se a prevalência de intervenção farmacológica, corroborando com os dados estatísticos apresentados por Pereira (2011).

Após estabilização hemodinâmica, procedeu-se à transferência da pessoa com acompanhamento médico e de enfermagem (SPCI, 2008). De sublinhar que antes da efetivação do transporte, tive como preocupação preparar todo o material necessário, tal como o monitor de transporte, testando e validando as avaliações antes de iniciar o transporte para verificar se os valores coincidem com os apresentados pelo monitor da sala de reanimação, verificar bateria de seringa infusora e verificar se a mala de transporte estava repostada.

Resultados:

Torna-se difícil conseguir explicar todas as experiências vivenciadas ao longo do estágio realizado uma vez que o SU é um local rico em situações diversificadas de cuidados. Foi importante ter passado por todas as valências do SU a fim de perceber o percurso realizado pela pessoa, contudo penso que foi determinante à minha aprendizagem ter realizado a maioria dos turnos na triagem, sala de reanimação, balcão de trauma/ortopedia.

A passagem por este serviço dotou-me de capacidade de gestão de prioridades e gestão de tempo, proporcionando-me uma maior compreensão do papel do enfermeiro na abordagem à PSC, permitindo-me a mobilização de conhecimentos adquiridos em unidades curriculares deste curso de mestrado. Considero que desenvolvi competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos (Regulamento n.º124/2011, de 20 de Novembro) ao implementar protocolos como as VV, prestando cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade hemodinâmica e risco de falência orgânica, permitindo aperfeiçoar o meu desempenho técnico-científico e relacional, tal como desenvolver a capacidade de reagir perante situações complexas e inesperadas.

Objetivo 3 - Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor na pessoa em situação crítica

Neste contexto de estágio foi-me possível desenvolver competências na avaliação e controlo da dor na PSC, maioritariamente em pessoas que comunicavam e que conseguiam avaliar a sua dor. Para isso foram utilizadas escalas de autoavaliação da dor, sendo a escala numérica e a escala qualitativa as escalas em uso no serviço. A prestação

de cuidados à pessoa com dor engloba a sua avaliação, o controlo da mesma e o ensino dos instrumentos de avaliação e das estratégias de controlo da dor implementadas, devendo todas estas intervenções ser documentadas (OE, 2008).

A utilização da autoavaliação permite dar resposta às recomendações da OE (2008), tendo em conta que a pessoa é quem melhor avalia a sua própria dor, sendo por isso fundamental privilegiar o autorrelato tendo sempre em conta as capacidades comunicacionais e cognitivas, assegurando “a compreensão das escalas de auto-relato pela pessoa/cuidador principal/família, após o ensino da mesma” (p.16).

Neste âmbito foi essencial a realização de ensinios personalizados sobre a escala que estava a ser aplicada para a avaliação da dor naquela pessoa, percebendo se seria a que melhor se adequaria à sua situação.

Neste serviço, os enfermeiros implementam intervenções não-farmacológicas da dor, contudo, muitas vezes, fazem-nas de forma empírica. Por esta razão, realizei uma sessão de formação (Apêndice 3) dando ênfase à importância da dor na PSC e do seu controlo, dando a conhecer dados do serviço anteriormente explorados. Nesta sessão foi também divulgado as escalas de avaliação da dor adotadas pelo serviço, e que a maioria da equipa não tinha conhecimento, motivo pelo qual não estavam a ser utilizadas. No que concerne ao controlo da dor foram trabalhadas algumas intervenções não-farmacológicas. A sessão teve a duração de uma hora e contou com a presença de 20 enfermeiros.

De destacar as intervenções não-farmacológicas mais usadas neste serviço, consideradas por Kolcaba (2003) como as intervenções de alimento para a alma. A aplicação de frio, com o objetivo de diminuir a inflamação o que concomitantemente irá diminuir o edema e a dor (OE, 2008), é muito aplicada nas pessoas com trauma e que eram encaminhadas da sala de triagem para o balcão de trauma/ortopedia. De acordo com Monahan, Sands, Neighbors, Marek e Green (2010: 363), “raramente, o gelo é a escolha de eleição do doente, mas talvez seja melhor do que o calor, no alívio da dor”. A sua aplicação implica também a realização de ensinios, como o local, duração e forma de aplicar.

Outra intervenção comum era a imobilização de fraturas, permitindo manter o alinhamento para uma recuperação pós-trauma/lesão (OE, 2008).

O posicionamento representa outra das intervenções não-farmacológicas muito utilizada pelos enfermeiros. Num SU, muitas pessoas estão deitadas em macas tendo a sua mobilidade reduzida, o que pode causar dor ou desconforto. Assim, é fundamental o

reposicionamento dessa pessoa de forma a permitir um maior conforto e a diminuição de zonas de pressão, que são igualmente fatores desencadeadores de dor. Como adjuvante dos posicionamentos devem ser colocadas almofadas sob as articulações dolorosas (Monahan et al., 2010).

Outra intervenção não-farmacológica, e que tentei fomentar no serviço, foi a nível dos cuidados de conforto associado ao contexto ambiental, através da alteração do ambiente físico da pessoa com dor, que muitas das vezes é caracterizado como de grande estimulação ruidosa e visual (Monahan et al., 2010). Neste sentido, as intervenções implementadas foram a diminuição do ruído, que muitas vezes se mostrou ser difícil por se tratar de um SU com grande afluência de pessoas. Esta medida foi possível reduzindo o número de acompanhantes. Para além do ruído, a luz também foi outra preocupação, alertando a equipa para a redução da luz nos vários sectores, especialmente nos turnos da noite.

Para além destas, outra intervenção do enfermeiro neste SU passa pela decisão da remoção do plano duro e que se preconiza que seja efetuada o mais precocemente possível. Esta medida permite a prevenção e o alívio da dor desencadeada por este dispositivo e também a prevenção de úlceras por pressão associada ao mesmo. Sobre isto enalteço as orientações do meu enfermeiro supervisor clínico que trabalhou esta temática no âmbito do seu mestrado, tendo desenvolvido uma folha de registo de trauma onde inclui os tempos de permanência da pessoa em plano duro e o momento da sua remoção.

Resultados:

Neste contexto de estágio foi possível aprofundar mais conhecimento na abordagem da PSC com dor, mas com características diferentes das encontradas na UCI, isto porque, de um modo geral, as pessoas conseguem autoavaliar a dor. Por outro lado, a abordagem realizada ao controlo da dor foi mais alargada, com uma maior frequência no uso de intervenções não-farmacológicas.

Pretendi neste contexto desenvolver competências na avaliação da dor na PSC que comunica, implementando as intervenções de enfermagem o mais precocemente possível, ou seja, logo após a avaliação realizada no momento da triagem, sem esperar por uma observação médica.

Foi muito satisfatório verificar através das reavaliações efetuadas, o alívio da dor com a aplicação de intervenções autónomas de enfermagem. Revelando-se também

benéficas como complemento das intervenções farmacológicas em casos mais complexos, proporcionando o conforto total, definido por Kolcaba (2003).

O reflexo deste objetivo foi, na minha perspetiva, o planeamento e a monitorização de todas as intervenções efetuadas, salientando como limitação a impossibilidade de trabalhar diretamente sobre o protocolo de analgesia na sala de triagem.

Objetivo 4 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem no domínio das aprendizagens profissionais

Para além da constante pesquisa bibliográfica sobre a evidência mais atual na área do mestrado, e também sobre a temática central deste relatório, foi meu desejo participar em congressos e jornadas de enfermagem a decorrer durante o período de estágio.

Neste sentido, tive oportunidade de assistir às 9^{as}.Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte onde foram abordados diferentes temas interessantes. Gostaria de destacar a comunicação oral “Influência do ruído na comunicação interpessoal”, onde foi apresentado um estudo que permitiu perceber a perceção de médicos e enfermeiros sobre a influência do ruído na comunicação interpessoal e que revela que a presença de ruído numa UCI influencia o dia-a-dia dos profissionais de saúde e também da própria pessoa internada na unidade. Foi importante refletir sobre esta temática na medida em que, muitas vezes, os profissionais de saúde a trabalhar em UCI falam num tom de voz alto o que vai influenciar o bem-estar e também o aumento do desconforto da pessoa. Este ruído é também potenciado pelos alarmes dos aparelhos de monitorização, das seringas e das bombas infusoras, e do próprio ventilador.

Uma das intervenções não-farmacológicas de controlo da dor consiste na modificação do ambiente físico da pessoa, diminuindo a sobrecarga sensorial impedindo assim o aumento dos estímulos potencialmente dolorosos. Uma das medidas a ser implementadas seria a diminuição do ruído, através da diminuição das interações verbais, ou seja, quando estivermos perante uma dor severa pedir às outras pessoas que estão internadas no mesmo espaço para utilizarem auriculares de forma a reduzir o som da rádio ou televisão e controlar o número de visitas junto de cada pessoa permitindo reduzir o barulho (Watt- Watson citado por Sousa, 2009).

Foi enriquecedor assistir a esta apresentação para identificar algumas medidas preventivas como a manutenção de equipamentos e a adoção de programas de formação e sensibilização de pares.

Além deste evento científico, assisti ao II Congresso Internacional de Cuidados Intensivos e Unidades Intermédias do Centro Hospitalar do Porto, onde foram abordados temas relacionados com a PSC. Neste congresso não foi dado grande destaque à dor na PSC, tendo havido apenas uma comunicação sobre o controlo farmacológico da dor em UCI, intitulada de “Opioides no doente crítico”. Nesta comunicação foi evidenciada a importância de ser valorizada a dor, tendo sido referido que 80% da dor presente nos cuidados intensivos está relacionada com a presença de tubo endotraqueal, o que representa um dado muito significativo pela percentagem de pessoas entubadas endotraquealmente numa UCI.

Nesta comunicação, o controlo da dor foi muito direcionado para a farmacologia, tendo sido abordada a escada analgésica da dor da OMS, justificando assim a terapêutica instituída na abordagem à dor na PSC, referindo que esta deve ser prescrita de uma forma descendente da escada, ou seja, do degrau 3 (opioides fortes + analgésicos e AINES) para o degrau 1 (Analgésicos e AINES), por se tratar de uma dor aguda, provocada pela situação clínica em si como também por procedimentos invasivos necessários. Foi dado também realce à existência de dor neuropática aguda, que é muito frequente na pessoa vítima de politrauma, na pessoa submetida a cirurgia e cirurgia vascular major. Nesta situação é determinante a introdução de terapêutica adjuvante à analgesia, devendo ser iniciado a administração de antiepiléticos (Pregabalina e Pregabalina) o mais precocemente possível para prevenção da dor neuropática crónica.

Resultados:

Para além da constante pesquisa bibliográfica na área de PSC e do tema central da minha intervenção, propus-me procurar mais conhecimento através da minha presença em congressos da área. Desta forma pretendi procurar respostas a inquietações/problemas existentes no âmbito da PSC, promovendo a qualidade dos cuidados através de uma prática baseada na evidência.

A presença nestes congressos mostrou-se benéfica para o meu desempenho tanto quanto mestrande, como profissional de saúde a exercer a profissão, uma vez que procurei informações relevantes para a tomada de decisão, permitindo-me refletir sobre resultados

obtidos por outros profissionais, em contextos diferentes, mas com problemáticas idênticas e onde a partilha de experiências e resultados obtidos pode ser benéfica para o desenvolvimento da profissão (ESEL, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório permitiu uma reflexão crítica sobre a minha ação e percurso realizado a fim de atingir as competências e os objetivos inicialmente propostos. Pretendeu igualmente explanar as experiências vivenciadas e que mostraram ser uma alavanca para o processo de aquisição de competências na prestação de cuidados à PSC e sua família em cada um dos contextos, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

De forma a evoluir profissionalmente exige-se ao enfermeiro que procure a atualização do conhecimento, investindo em formação procurando a excelência dos seus cuidados, baseando a sua *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Neste sentido, pretendi desenvolver a tomada de decisão com intervenções atuais direcionadas à PSC e sua família.

A área de intervenção de cuidados de enfermagem à PSC sempre me despertou particular interesse, motivo pelo qual tenho procurado adquirir conhecimento em formação pós-graduada. Como linha orientadora do estágio estabeleci uma problemática vivenciada no meu contexto de trabalho, gestão da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar. Perante esta problemática foi fundamental adotar como teoria a Teoria do Conforto de Kolcaba de forma a orientar a minha atuação na prática clínica (Matos, Luz, Marcolino, Carvalho, & Peloso, 2011). A escolha pela Teoria do Conforto foi dependente do contexto de UCI e SU; o desconforto frequente nas pessoas internadas nestes serviços e que muitas vezes está associado a dor e às intervenções necessárias para o seu alívio.

A dor representa um problema de saúde pública pelos custos que tem associados, tanto a nível institucional, quer pela grande afluência de pessoas aos serviços de saúde com dor, quer pelo tempo de internamento aumentado, como a nível pessoal, pelas comorbilidades e limitações associadas. Tem sido notória uma maior preocupação com a abordagem da pessoa com dor, sendo fundamental aos profissionais formação na área. Por estar em constante evolução, por ter um carácter subjetivo e multidimensional, a dor é um tema desafiante, especialmente na pessoa que é incapaz de a autoavaliar.

As pessoas internadas em UCI relatam que experienciam dor moderada a grave durante o seu internamento, por apresentarem incapacidade de comunicar desconforto físico e mesmo a intensidade da sua dor (Klein et al., 2010), refletindo a importância de uma sistemática avaliação da dor com utilização de escalas. As escalas têm sido

desenvolvidas e validadas com o objetivo de melhorar a consciência na avaliação, a documentação e ainda, de permitir uma eficaz gestão da dor nas pessoas que não conseguem autoavaliar (Haslam et al., 2012).

No âmbito da avaliação da dor contatei com várias escalas de avaliação, contudo a escala comportamental mais adequada para esta população, e que apliquei a um maior número de pessoas, foi a BPS. Esta escala revelou facilidade no seu uso, contudo necessita de treino para que seja possível ao enfermeiro uma maior sensibilidade em distinguir itens de avaliação.

No que se refere ao controlo da dor, destaco a aplicação das intervenções não-farmacológicas por serem intervenções autónomas de enfermagem e apresentarem *outcomes* positivos, tanto quando implementadas isoladamente como em associação com as farmacológicas, potenciando-as. A implementação isolada das intervenções não-farmacológicas teve maior destaque em SU.

Paralelamente à gestão da dor, um dos grandes objetivos estabelecidos para a aquisição de competências foi a prestação de cuidados à PSC e sua família. Foram diversificadas as intervenções de enfermagem nos dois estágios, das quais gostaria de realçar as intervenções à pessoa ventilada, à pessoa submetida a técnica de substituição renal, à pessoa com monitorização invasiva dos vários parâmetros hemodinâmicos, à pessoa com necessidade de administração de protocolos complexos, como a ativação de vias verdes, e ainda, à pessoa com necessidade de transporte inter e/ou intra-hospitalar. De salientar também o domínio da prevenção e controlo da infeção hospitalar; uma área nobre da profissão.

Ao longo desta experiência académica, que se iniciou no primeiro ano do curso de mestrado e que culminou com a realização dos dois estágios, procurei dar resposta aos descritores de Dublin (Direcção Geral do Ensino Superior, 2008), referentes ao 2º ciclo de estudos, desenvolvendo a competência de autoaprendizagem, procurando sempre o conhecimento de forma autónoma e dinâmica, comunicando aos meus pares a evidência mais atualizada na área em estudo. Procurei igualmente refletir criticamente sobre intervenções do dia-a-dia melhorando a minha prática profissional e, por consequência, a dos outros.

A diversidade de experiências impulsionaram as minhas competências, designadamente, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a

articulação na equipa multiprofissional, selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica de enfermagem (ESEL, 2010).

Ao longo deste caminho existiram fatores que considero facilitadores, como a realização do primeiro estágio ter decorrido na instituição onde trabalho, o que permitiu uma integração mais facilitada e uma melhor gestão do tempo. A pesquisa bibliográfica permitiu a atualização do conhecimento o que foi um aspeto importante para a minha ação e também para conseguir atuar como elemento facilitador de informação nas equipas com quem ia trabalhando.

Como dificuldades sentidas posso referir, ao mesmo tempo, os contextos de intervenção, o que implicou um maior tempo despendido para a minha integração, tanto das especificidades dos próprios serviços como dos cuidados à PSC. A duração do segundo momento de estágio demonstrou ter sido insuficiente tendo em conta as necessidades encontradas e que beneficiavam de uma intervenção mais prolongada, quer a nível de formação da equipa de enfermagem sobre as escalas da dor, como uma maior sensibilização para as intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor, quer a nível pessoal, para um aperfeiçoamento dos cuidados prestados. Pretendia também ter desenvolvido um protocolo de analgesia no primeiro contato entre a pessoa com dor e o profissional de saúde.

No cômputo geral, considero que a realização destes estágios permitiram-me adquirir segurança perante situações de urgência/emergência, conseguindo identificar sinais de instabilidade atuando segundo prioridades, evitando a progressão da mesma. Para além de me sentir uma profissional mais eficiente, sou agora um elemento de referência para os colegas do meu contexto de trabalho, partilhando conhecimento novo, experiências vividas e proporcionando informação relevante para a prestação de cuidados à PSC, que também é frequente num serviço de medicina.

Como perspetivas futuras, quero realçar o início de um novo caminho, o retraçar e delinear a minha carreira profissional direcionando a minha área de intervenção para a PSC, aspirando a minha transferência para outro serviço hospitalar. Perspetivo a continuação de desenvolvimento de conhecimento/competências, atuando como vetor de mudança na área específica de intervenção, gestão da dor na pessoa que não consegue autoavaliar, por considerar ser um elemento de referência para a minha instituição. A médio prazo considero a possibilidade de continuar a minha formação na área da dor,

ingressando no curso de massagem terapêutica e bandas neuromusculares, de forma a investir nas intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor.

Para além de abraçar este projeto institucional, propus também ser um elemento dinamizador no meu serviço na área da PSC, estando ligada a um projeto do serviço intitulado “Adequação e Manutenção do Carro de Urgência”. Aqui propus realizar formação e treino em SBV para enfermeiros e assistentes operacionais.

As experiências vivenciadas vieram dar continuidade à construção do meu perfil profissional dotando-me de maior capacidade de gestão de *stress* perante situações de urgência/emergência, capacitando-me para a priorização dos cuidados a prestar, identificando sinais de gravidade na pessoa alvo de cuidados, antecipando qualquer tipo de instabilidade. Considero-me nesta fase do meu percurso profissional e académico, com maior sensibilidade na abordagem à PSC, sendo uma pessoa de referência no meu contexto de trabalho.

Por fim, considero que este documento constitui um retrato de competências adquiridas, desejando ser um veículo de mudança na prestação de cuidados à PSC e sua família. A partilha das experiências vivenciadas pretendem espelhar o trabalho efetuado ao nível da consciencialização, da formação e da capacitação das equipas de enfermagem com quem tive contato e que me permitiram a evolução da profissão, aproximando-me cada vez mais de uma prática com efetividade. Acrescento ainda que a minha intervenção em estágio foi intencional no que concerne à influência na prática de cuidados dos meus pares, tendo sempre em conta a melhoria dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association of Critical-Care Nurses (2014). Assessing Pain in the Critically ill Adult. *Critical Care Nurse*, 31(4), 81–83.
- Apóstolo, A (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II (9), 61–67.
- Ayasrah, M., O'Neill, M., Abdalrahim, S., Sutary, M., & Kharabsheh, S. (2014). Pain Assessment and Management in Critically ill Intubated Patients in Jordan: A Prospective Study. *International Journal of Health Sciences*, 8 (3), 287–298.
- Barr, J., & Pandharipande, P. (2013). The Pain, Agitation, and Delirium Care Bundle: Synergistic Benefits of implementing the 2013. Pain, Agitation, and Delirium Guideline in an Integrated and Interdisciplinary Fashion. *Critical Care Medicine*, S99–S115.
- Barr, J., Fraser, L., Puntillo, K., Ely, W., Devlin, W., Kress, P., ... Care, C. (2010). Diretrizes para Prática Clínica da Gestão da Dor , Agitação e Delirium em Pacientes Adultos na Unidade de Terapia Intensiva. *Critical Care Medicine*. Acedido a 01/10/2013 Retirado de http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_PT2.pdf
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Referência*, III (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* (BPS-IP/PT). *Referência*, III (9) 7–16.
- Berben, S., Meijs, T., Dongen, R., Vugt, A., Vloet, L., Groot, J., & Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury*, 39 (5), 578–585.

- Berben, S., Meijs, T., Grunsven, P., Schoonhoven, L., & Achterberg, T. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*, 43 (9), 1397–1402.
- Burr, G. (1997). The family and critical care nursing: a brief review of the literature. *Australian Critical Care*, 10 (4), 124–127.
- Campos, S. (2014). *Necessidades da Família em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado da Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Chanques, G., Payen, J., Mercier, G., Lattre, S., Viel, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive care medicine*, 35 (12), 2060-2067.
- Código Deontológico dos Enfermeiros. Lei n.º111/2009, de 16 Setembro, Estatuto da OE (2009).
- Dinis, R. (2007). A família do idoso internado: O parceiro esquecido?! In Gomes, I. *Parceria e Cuidado de Enfermagem - Uma questão de Cidadania* (117-151). Coimbra: Formasau.
- Direcção Geral do Ensino Superior (2008). Descritores de Dublin [em linha]. *Direcção Geral do ensino Superior Web site*. Acedido a 01/05/2014. Retirado de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direcção-Geral da Saúde, & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2001a). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ed. Acedido a 15/06/2014. Retirado de <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/30plano-nacional-de-luta-contra-a-dor>
- Direcção-Geral de Saúde. (2001b). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2003a). *Circular Normativa - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Nº 09/DGCG de 14 de junho. Portugal. Acedido a 01/05/2014. Retirado de <http://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de14062003.aspx>

- Direcção-Geral de Saúde. (2003b). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Acedido a 01/07/2014. Retirado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direcção-Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa - Programa Nacional de Controlo da Dor*. Nº 11/DSCS/DPCD de 18 de junho. Portugal. Acedido a 01/06/2014. Retirado de <http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/6861126BC57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Direcção-Geral de Saúde (2010). *Circular Normativa – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Nº 13/DQS/DSD de 14 de Junho. Portugal. Acedido a 20/06/2014 Retirado de <http://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16279>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. Acedido a 01/06/2014. Retirado de <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Dowd, T. (2011). La teoría del confort. In Alligood, M. *Modelos y Teorías en enfermería* (7ª ed) (pp. 706–719). Barcelona: Elsevier.
- Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN's critical care nursing*. (2nd ed.). Australia: Elsevier.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2010). Objectivos e competências do CMEPSC. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (web site)*. Acedido a 30/03/2014. Retirado de <http://www.esel.pt/NR/ronlyres/64523D0ECBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em Cuidados Intensivos*. Dissertação de Mestrado da Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Galán, G. N. (2010). Estudio de caso con utilización del instrumento de Katherine Kolcaba terría de rango medio del confort. *Enfermería Neurológica*, 9 (2), 94–104.

- Garcia, J., Issy, A., & Sakata, R. (2001). Analgesia Preemptiva. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 51 (5), 448–463.
- Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Vaillant, F., & Desjardins, S. (2011) Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1495–1504.
- Georgiou, E., Hadjibalassi, M., Lambrinou, E., Andreou, P., & Papathanassoglou, E. (2015). The Impact of Pain Assessment on Critically Ill Patients Outcomes : A Systematic Review. *Critical Care*, 2-17.
- Goh, H., Lee, I., & Tham, K. (2007). Emergency department triage nurse initiated pain management. *Journal of Emergency Medicine*, 14 (1), 16–21.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si - A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Goodacre, S. W., & Roden, R. K. (1996). A protocol to improve analgesia use in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 13 (3), 177–179.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência*. (2ª ed.). Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (5), 1082–1089.
- Herr, K., Coyne, P., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., ... Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7 (2), 44–52.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem- Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- International Association for the Study of Pain (2014). IASP Taxonomy. Acedido a 01/02/2015. Retirado de <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>.

- Kelly, M. (2000). A process approach to improving pain management in the emergency department: development and evaluation. *Emergency Medicine Journal*, 17 (3), 185–187.
- Klein, D. G., Dumpe, M., Katz, E., & Bena, J. (2010). Pain assessment in the intensive care unit: development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 39 (6), 521–8.
- 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 Health Care and Research*. New York: Company.
- Lima, A., & Rosa, D. (2008). O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Revista Enfermagem*, 42 (3), 547–553.
- Matos, J., Luz, G., Marcolino, J., Carvalho, M., & Pelloso, S. (2011). Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24 (1), 23–28.
- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18 (1), 27–36.
- McLeod, D., & Nelson, K. (2013). The role of the emergency department in the acute management of chronic or recurrent pain. *Australasian Emergency Nursing Journal: AENJ*, 16 (1), 30–36.
- Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M., Marek, J., & Green, C. (2010). *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Perspectivas de Saúde e Doença*. (8ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Acedido a 15/06/2014. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Ed. Acedido a 15/06/2014. Retirado de

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro. Portugal. Acedido a 05/02/2014. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações 2008*. (Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Ed.). DPI Cromotipo.

Pandharipande, P., Patel, M., & Barr, J. (2014). Management of pain , agitation , and delirium in critically ill patients. *Pol Arch Med Wewn*, 124 (3), 114-122.

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

Pereira, I. (2011). *A dor no Exercício Profissional do Enfermeiro, num Serviço de Urgência: Processo de tomada de decisão, factores inibidores e estratégias de melhoria*. Dissertação de Mestrado da Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Pinho, J., Carneiro, H., Alves, F. (n.d.). *Resultados - Plano Nacional de avaliação da Dor*. Acedido a 15/10/2014. Retirado de http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf

Pinto, V., & Conceição, A. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Sinais Vitais*, 80, 5–12.

Regulamento n.º122/2011 de 29 de Maio. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011). Diário da República II Série, N° 35 – 18 de Fevereiro de 2011.

Regulamento n.º124/2011 de 20 de Novembro. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011). Diário da República, II Série, N°35-18 de Fevereiro de 2011.













Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor Nursing interventions to the patient with pain, 12 (3), 50–54.

- Rios, M., & Alves, Ó. (2000). Monitorização da Circulação no doente com traumatismo craneo-encefálico. Acedido a 01/08/2015. Retirado de <http://www.uninet.edu/cimc2000/conferencia/conf33/MRios.htm>
- Sakata, R. (2010). Analgesia y Sedación en Unidad de Cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Anesesiologia*, 60, 360–365.
- Sarmiento, A. (2005). A dor no Doente de Cuidados Intensivos. *Associação Portuguesa Para O Estudo Da Dor*, 13, 35–39.
- Silva, C. C. S., Vasconcelos, J. de M. B., & Nóbrega, M. M. L. da. (2011). Dor em Pacientes Críticos sob a óptica de enfermeiros intensivistas: Avaliação e Intervenções. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 12, 540–547.
- Silva, S., Nascimento, E., & Salles, R. (2012). Bundle de Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Uma Construção Coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 837–844.
- Sousa, M. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra. Acedido a 15/10/2014. Retirado de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14925/1/Dissertação_mestrado_Fátima_Sousa.pdf
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in critically ill adults. *Critical Care Nurse*, 33 (3), 68–78.
- Subramanian, P., Allcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (9-10), 1254–62.
- Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Yüceer, S. (2011). Nursing approaches in the postoperative pain management. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2 (4), 474–478.

ANEXOS

ANEXO 1 –Escala *Behavioural Pain Scale* (BPS)

Escala *Behavioural Pain Scale* (BPS)

| Indicador | Item | Pontuação | |
|---|--|-----------|---|
| Expressão facial | Relaxada | 1 |  |
| | Parcialmente contraída = sobrancelhas franzidas | 2 |  |
| | Completamente contraída = pálpebras fechadas | 3 |  |
| | Careta = esgar facial | 4 |  |
| Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro) | Sem movimento | 1 |  |
| | Parcialmente fletidos | 2 |  |
| | Muito fletidos com flexão dos dedos | 3 |  |
| | Retraído, resistência aos cuidados | 4 |  |
| Adaptação ao ventilador | Tolera a ventilação | 1 |  |
| | Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo | 2 |  |
| | Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes | 3 |  |
| | Incapaz de controlar a ventilação | 4 |  |

Fonte: Batalha, Figueiredo, Marques e Bizarro (2013)

**ANEXO 2 –Escala *Behavioural Pain Scale* non-intubated patients
(BPS-NI)**

BPS-NI **(non-intubated patients)**


1

2

3

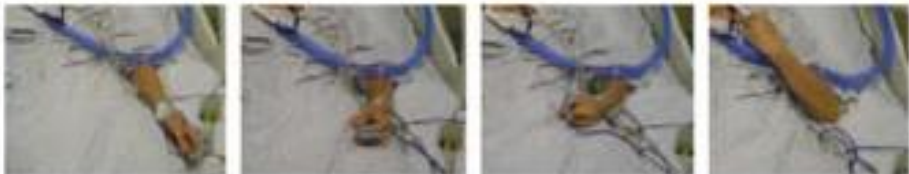
4

Facial expression



| | | | |
|---------|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| Relaxed | Partially tightened = brow lowering | Fully tightened = eyelid closing | Grimacing = folded cheek |
|---------|--|-------------------------------------|-----------------------------|

Movements of upper limbs



| | | | |
|-------------|----------------|----------------------------------|----------------------------------|
| No movement | Partially bent | Very bent with finger flexion | Retracted, opposition to care |
|-------------|----------------|----------------------------------|----------------------------------|

At rest: check the tonus by mobilization of the limb

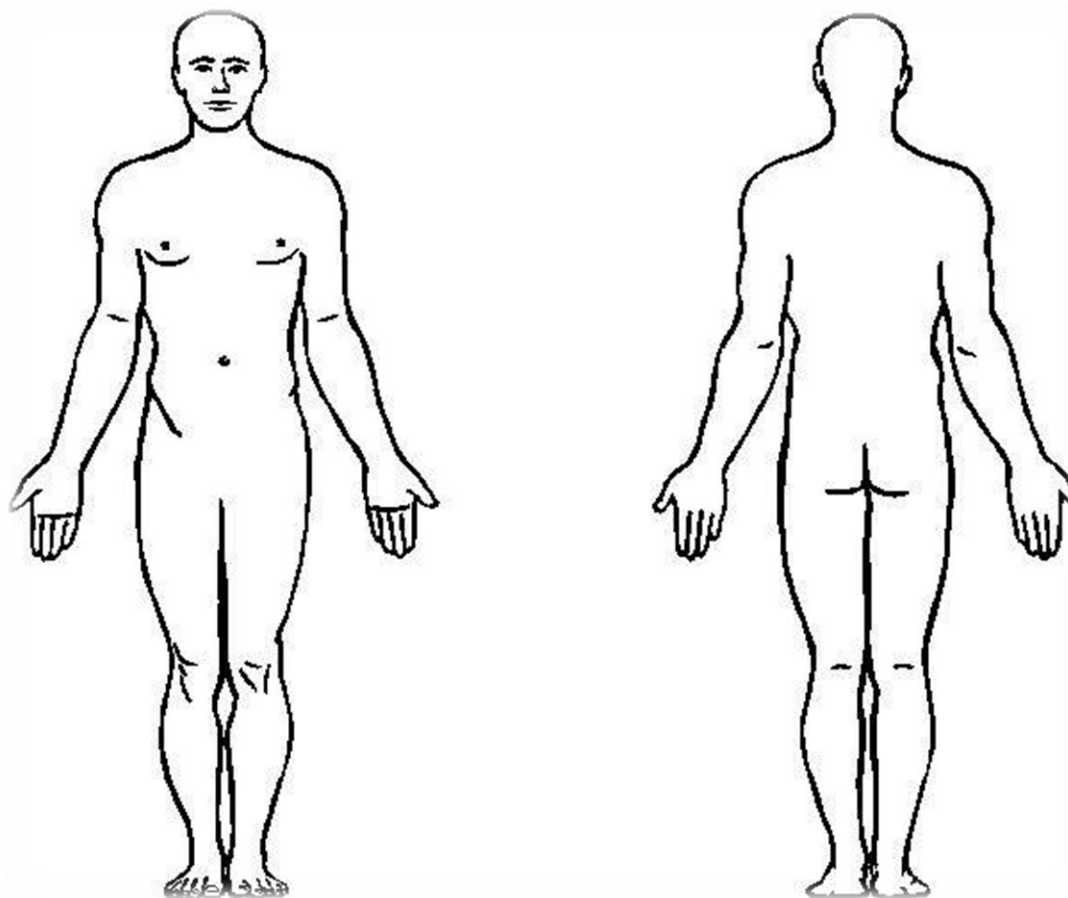
Vocalisation

| | | | |
|----------------------|---|--|---|
| No pain vocalization | Moaning not frequent ($\le 3/mn$) and not prolonged ($\le 3 s$) | Moaning frequent (> 3/mn) or prolonged (> 3 s) | Howling or verbal complaint including « Ouf, Ouch ! » or breath-holding |
|----------------------|---|--|---|

Fonte: Chanques et al. (2009)

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Instrumento de localização da dor



Localização da Dor

APÊNDICE 2 – Sessão de formação UCIMC

Tema: Dor na Pessoa em Situação Crítica

Data: 13 Dezembro 2014

Hora: 15h **Tempo Previsto:** 60 minutos.

Mestranda: Marisa Fernandes

Destinatários: Enfermeiros da UCIMC

Objectivo Geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor na PSC que não a consegue autoavaliar.

Objectivos Específicos:

- Reconhecer a importância da avaliação correta da dor;
- Identificar as diretrizes de avaliação e controlo da dor;
- Selecionar os instrumentos de avaliação da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar;
- Registrar a escala da dor adequada a cada pessoa e as intervenções autónomas de enfermagem efetuadas.

| Etapas | Conteúdos | Metodologia | Recursos Pedagógicos | Duração |
|-------------------|--|-----------------------------------|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Apresentação• Justificação do tema• Objectivos da sessão | Método Expositivo | Data-show / Computador – POWERPOINT ® / Pen | 5min |
| | <ul style="list-style-type: none">• Definição de PSC• Definição de dor<ul style="list-style-type: none">• Dor na PSC• Gestão da dor na PSC | Método expositivo e interrogativo | Data-show / Computador – POWERPOINT ® / Pen | 25min |

| | | | | |
|--|--|---|--|-------|
| Desenvolvimento (Enquadramento teórico) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação da dor; ✓ Controlo da dor. | | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Síntese Final • Esclarecimento de dúvidas/Troca de Experiências | Método expositivo e Interrogativo | Data-show / Computador – POWERPOINT ® / Pen | 30min |

Dor na Pessoa em Situação Crítica

UCIMC – Unidade de Cuidados Intensivos médico- cirúrgica

Mestranda: Marisa Fernandes

Lisboa, Dezembro 2014

Objetivos da Sessão

Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor na PSC que não a consegue autoavaliar.

Específicos:

- Reconhecer a importância da avaliação correta da dor;
- Identificar as diretrizes de avaliação e gestão da dor;
- Selecionar os instrumentos de avaliação da dor na pessoa que não consegue autoavaliar;
- Registrar a escala da dor adequada a cada pessoa e as intervenções autónomas de enfermagem efetuadas.

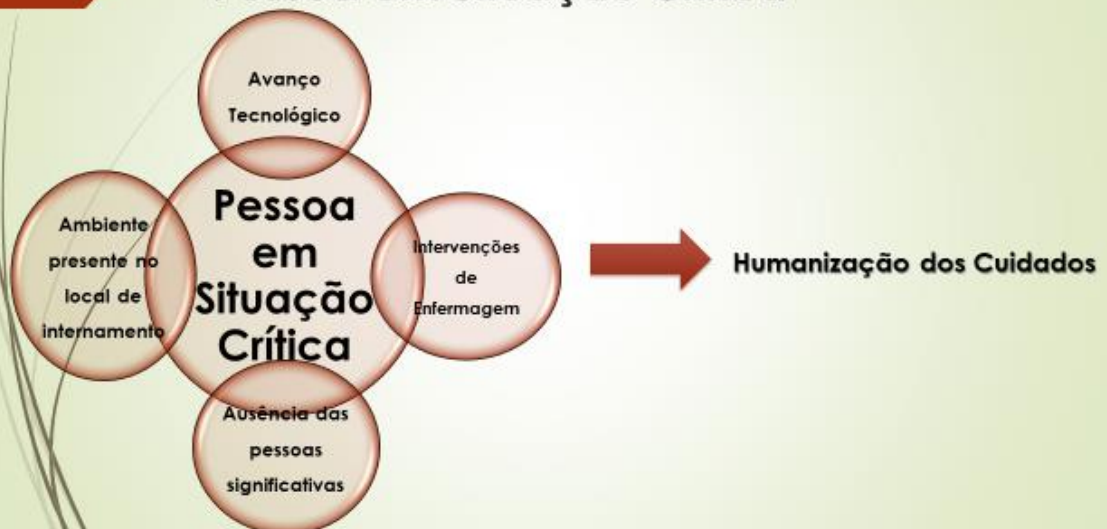
Pessoa em Situação Crítica

"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, 2010)



Pessoa em Situação Crítica



Dor

- "uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só a componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão".

(IASP citada por DGS, 2008)

Natureza Subjetiva → **Dificuldades na Avaliação e Gestão**

Cuidados de Enfermagem → **Alívio da Dor**

Dor na Pessoa em Situação Crítica

- Vários estudos publicados confirmam que a dor ainda representa um grande problema entre as pessoas em situação crítica, apesar dos avanços na gestão da dor;

[Subramanian, Allcock, James, & Lathlean, 2012]

- A dor na PSC não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais

(Barr et al., 2010)

A DGS na circular normativa n.º 9 define "**Dor como 5.º Sinal Vital**", sendo o seu controlo "um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização dos cuidados". (DGS, 2003)



Dor na Pessoa em Situação Crítica

[Barr & Pandharipande, 2013]



Avaliação

- As diretrizes do PAD recomendam a **avaliação da dor de rotina em todos os** pessoas;
- O **autorrelato** é considerado "**Gold Standard**";
- Utilizar a **BPS** na pessoa que não conseguem autoavaliar a dor;
- A alteração dos parâmetros vitais só deve ser considerada com o intuito de alertar para a necessidade de avaliar a dor;
- A **avaliação** e a sua documentação deve ser realizada **4 vezes por turno**.



Gestão

- Na **PSC** primeiro deve ser instituída a analgesia só posteriormente a sedação;
- Os opioides continuam a ser os fármacos de eleição na **PSC**;
- A **Cetamina** pode proporcionar alívio da dor adjuvante, reduzindo os efeitos laterais dos opioides.

Avaliação da dor

- Para tratar eficazmente a dor, é necessário avaliá-la corretamente, devendo ser consideradas as **reações comportamentais** para identificar e avaliar a dor (se as funções motoras estiverem intactas).
(Barr et al., 2010)
- A mensuração da dor é de extrema importância em ambiente de UCI, uma vez que para atuar precisamos de ter uma media sobre a qual se possa basear o tratamento.



○ **enfermeiro deve reconhecer que a pessoa tem dor sem ser necessário um achado físico**

Avaliação da dor



- Contudo esta alteração em UCI pode ser alterada por:
 - Vasopressores;
 - Anti-hipertensores;
 - Sedativos;
 - Pela própria patologia.



Escala Comportamental

Avaliação da dor

A dor é uma experiência subjetiva e pessoal, assim o autorrelato é a mais confiável fonte de informação

- As pessoas relatam que experienciam dor **moderada a severa** não controlada enquanto estiveram internados numa UCI, por incapacidade de comunicarem o desconforto físico e a intensidade da dor;

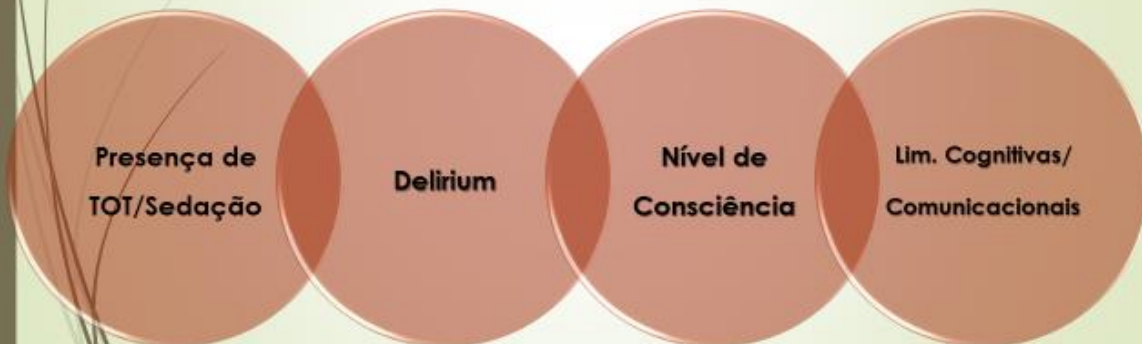
Klein, Dumpe, Katz, & Bena, [n.d.]

- A avaliação da dor na PSC deve ser feita através das escalas comportamentais quando a autoavaliação está comprometida.

American Association of Critical-Care Nurses (2014)

Avaliação da dor

Barreiras na Comunicação:



Avaliação da dor



► SPCI:

- 8% das UCI's não avaliavam a dor, nem a resposta à analgesia;
- 67% das UCI's utilizava a Escala Visual Numérica **(Não é indicada para a pessoa em situação crítica sedada e Ventilada);**
- 25% UCI's utilizavam instrumentos de avaliação da dor adequadas para a população de pessoa em situação crítica.

[Pinho, Carneiro, & Alves, 2013]

Avaliação da dor

A dor na pessoa que não comunica deve ser avaliada por observação de comportamentos:

- ✓ Behavioural Pain Scale (BPS)
- ✓ Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)
- ✓ Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)

Em Portugal as escalas utilizadas são a BPS e a ESCID.

A CPOT não é utilizada em nenhuma UCI

(Pinho, Carneiro, & Alves, 2013)

Avaliação da dor

Limitações:

- Não é possível obter informação:
 - Localização;
 - Características;
- Contra-indicada:
 - Doentes tetraplégicos e submetidos a bloqueadores neuro-musculares;
 - Elevado grau de sedação

Valores superiores a 4 implicam ajuste terapêutico

(Barr & Pandharipande, 2013)

| Indicador | Nota | Descrição |
|---|------|---|
| Expressão facial | 1 | Relaxado |
| | 2 | Parcialmente contraído = sobrancelhas franzidas |
| | 3 | Completamente contraído = pálpebras fechadas |
| | 4 | Grimas = olhos fechados |
| Movimentos dos membros superiores (em repouso: reflexo o reflexo indolente ou tremor) | 1 | Sem movimento |
| | 2 | Parcialmente flexão |
| | 3 | Mãos flexão em flexão dos dedos |
| Adaptação ao ventilador | 1 | Tubo a ventilação |
| | 2 | Tubo: mas tubo a ventilação a maior parte do tempo |
| | 3 | Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível alguma vez |
| | 4 | Desapego de conduta a ventilação |

BIGCERA 1 - Versão Portuguesa da escala BPS-19PT





Avaliação da dor

| Gravidade | Descrição | Exemplo | |
|---|--|---|---|
| Dor leve | Relaxado | 1 |  |
| | Parcialmente retraído = observável flexão | 2 |  |
| | Completamente retraído = dedos fletidos | 3 |  |
| | Como se agarra | 4 |  |
| Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro) | Sem movimento | 1 |  |
| | Parcialmente fletidos | 2 |  |
| | Muito fletidos com flexão dos dedos | 3 |  |
| Aparição no membro | Retraído, resistência aos cuidados | 4 |  |
| | Sem a ventilar | 1 |  |
| | Como se agarra e ventilar a parte parte de tempo | 2 |  |
| | Como se agarra e ventilar a parte parte de tempo com o membro em movimento | 3 |  |
| Insetos de ventilar e ventilar | 4 |  | |

SCIEB 1 - Versão Portuguesa da escala BPS-2017

2017/01/17 - Versão portuguesa da escala BPS-2017

Avaliação da dor

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| Movimentos dos membros superiores (em repouso: verifique o tônus mobilizando o membro) | Sem movimento | 1 |  |
| | Parcialmente fletidos | 2 |  |
| | Muito fletidos com flexão dos dedos | 3 |  |
| | Retraído, resistência aos cuidados | 4 |  |

Avaliação da dor

Adaptação ao ventilador

Tolera a ventilação 1



Tosse mas tolera a ventilação a maior parte do tempo 2



Luta contra o ventilador mas a ventilação ainda é possível algumas vezes 3



Incapaz de controlar a ventilação 4



Considerações Final

- Dado o tempo de interação com a pessoa, os enfermeiros são os profissionais que ocupam o lugar privilegiado para lidar com a pessoa que sente dor, com o objetivo de a aliviar;
- A gestão eficaz da dor implica uma abordagem sistemática na avaliação/ reavaliação da dor;
- A autoavaliação da dor é um padrão de ouro;
- Quando impossível a autoavaliação, porque a pessoa está incapaz de verbalizar a sua dor, por estar sedada e/ou ventilada- **Avaliação baseada no comportamento;**

É fundamental o envolvimento de toda a equipa no controlo da dor, efetuando-se o registo sistematizado de forma a melhorar a qualidade dos cuidados.

Bibliografia

- American Association of Critical-Care Nurses. (2014, February). Assessing Pain in the Critically Ill Adult. *Critical Care Nurse*, 81-83.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Devlin, J. W., Kress, J. P., ... Core, C. (2010). Diretrizes para Prática Clínica da Gestão da Dor, Agitação e Delírium em Pacientes Adultos na Unidade de Terapia Intensiva. *Critical Care Medicine*, (C). Acedido em: 15-11-2014. Disponível: http://www.amb.org.br/fileadmin/user_upload/amb/Critical_Practice_Guidelines_for_the_Management_PT2.pdf.
- Barr, J., & Panchapandian, P. (2012). The Pain, Agitation, and Delirium Care Bundle: Synergistic Benefits of Implementing the 2013 Pain, Agitation, and Delirium Guidelines in an Integrated and Interdisciplinary Fashion. *Critical Care Medicine*, 39F-6115.
- Subramanian, P., Alcock, N., James, V., & Lathlean, J. (2012). Challenges faced by nurses in managing pain in a critical care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1254-62.
- Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa Nº9/DGCG 14 Junho 2003. Acedido 26-10-2013. Disponível em http://www.apcp.com.pt/upload/Dor5_sinal_vital.pdf
- Pinho, J., Coelho, H., & Alves, F. (2013). Resultados - Plano Nacional de avaliação da Dor (pp. 1-43).
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em situação Crítica. . Ordem dos Enfermeiros (2010). Refrindo: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacaoOE/RegulamentoCompetenciaPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20No2010.pdf.
- Circular normativa nº. 11/DSCS/DCD de 18/06/08, Programa Nacional de Controlo da dor. . Pub. L. No. Direcção Geral da Saúde (2008). Refrindo: <http://www.mh.gov.pt/nr/rdonlmes/65611268-C57A-44E1-B065-316C0CF8D4CD/0/ControloDaDor.pdf>
- Hurd, G., Dunlop, M., Katz, E., & Bero, J. in d. Pain assessment in the intensive care unit: development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 39(6), 521-5.

OBRIGADA!

APÊNDICE 3 – Sessão de formação SU

Tema: Importância da dor no SU

Data: 12 Fevereiro de 2015

Hora: 15h 30 **Tempo Previsto:** 60 minutos.

Mestranda: Marisa Fernandes

Destinatários: Enfermeiros do SU

Objectivo Geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor na PSC que não a consegue autoavaliar.

Objectivos Específicos:

- Reconhecer a importância da avaliação correta da dor;
- Identificar as diretrizes de avaliação e controlo da dor;
- Seleccionar os instrumentos de avaliação da dor na pessoa que não a consegue autoavaliar;
- Registrar a escala da dor adequada a cada pessoa e as intervenções autónomas de enfermagem efetuadas.

| Etapas | Conteúdos | Metodologia | Recursos Pedagógicos | Duração |
|-------------------|---|-----------------------------------|---|----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Apresentação• Justificação do tema• Objectivos da sessão | Método Expositivo | Data-show / Computador – POWERPOINT ® / Pen | 5min |
| | <ul style="list-style-type: none">• Definição de dor• Dor na PSC• Avaliação da dor ✓ Escalas adotadas no serviço; | Método expositivo e interrogativo | Data-show / Computador – POWERPOINT ® / Pen | 25min |

| | | | | |
|--|--|---|--|-------|
| Desenvolvimento (Enquadramento teórico) | <ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor. ✓ Controlo não farmacológico | | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Considerações Final • Esclarecimento de dúvidas/Troca de Experiências | Método expositivo e Interrogativo | Data-show / Computador – POWERPOINT ® / Pen | 30min |

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DOR NO SU

Mestranda: Marisa Fernandes

Orientadora da ESEL: Professora Doutora Carla Nascimento



Lisboa, 12 Fevereiro 2015

OBJETIVOS DA SESSÃO

- **Geral:**

- ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor na PSC

- **Específicos:**

- ✓ Reconhecer a importância da avaliação rigorosa da dor;
 - ✓ Refletir sobre a adequação dos instrumentos de avaliação da dor às situações de saúde;
 - ✓ Registrar a avaliação em escala da dor adequada e as intervenções autónomas de enfermagem efetuadas.



DOR

"uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só a componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão"

(IASP, 2010)

" o controlo da dor é um **dever dos profissionais de saúde**, um **direito dos doentes** que dela padecem e um passo fundamental para a humanização das unidades de saúde".

(DGS, 2003, p.3)

" enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor".

(OE, 2010, p. 11)



DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- Vários estudos revelam que a dor representa um grande problema entre as pessoas em situação crítica (PSC).

(Subramanian, Allcock, James, & Lathlean, 2012)

- A dor na PSC nem sempre é considerada uma prioridade nos cuidados de saúde, sobretudo quando comparada com outros sinais vitais

(Barr et al., 2010)

DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- A dor é a principal razão de entrada nos SU e representa o principal motivo de recorrência ao SU.



- Fraturas / Politrauma;
- Dor de cabeça;
- Dor torácica;
- Dor abdominal;
- **Dor Lombar.**



Analgesia

(Kelly, 2000); (Goh, Lee, & Tham, 2007); (Berbenet al., 2012)

AVALIAÇÃO DA DOR

- Cada pessoa reage à dor de forma diferente;
- A dor é algo **subjetivo** e cada pessoa expressa-a de forma diferente, a sua avaliação requer rigor.



É preciso saber escolher a escala que melhor se enquadra na pessoa que estamos a avaliar

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

PAINED – Pain Assessment in Advanced Dementia

| Categoria | Item | Pontuação |
|--|--|-----------|
| Respiração independente da vocalização | Normal | 0 |
| | Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação | 1 |
| | Respiração difícil e ruidosa. | 2 |
| | Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stock | 2 |
| Vocalização negativa | Nenhuma | 0 |
| | Queixume ou gemido ocasional | 1 |
| | Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação. | 2 |
| Expressão Facial | Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro. | 2 |
| | Sorridente ou inexpressiva. | 0 |
| | Triste, Amedrontada. Sobrancelhas franzidas. | 1 |
| Linguagem corporal | Esgar fácil. | 2 |
| | Relaxada. | 0 |
| | Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta. | 1 |
| Consolabilidade | Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva. | 2 |
| | Sem necessidade de consolo. | 0 |
| | Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque. | 1 |
| | Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar. | 2 |

PAINED

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

PAINED – Pain Assessment in Advanced Dementia

- Com o avançar da idade aumentam os distúrbios comportamentais, as doenças crónicas, os traumatismos e instala-se uma perda progressiva do raciocínio abstrato e da comunicação verbal.

(Jorden, Hughes, Pakresl, Hepburn, & O'Brien, 2011)

- Estas limitações comprometem:
 - O diagnóstico/avaliação;
 - Qualidade do controlo da dor.

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

PAINED Pessoa incapaz de autoavaliar

Avaliar a dor em repouso vs durante os cuidados

Dor aguda vs Dor crónica

Fácil de aplicar

(Batalha et al., 2012)

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

ESCID – Escala de Conductas Indicadoras de Dolor

| | 0 | 1 | 2 | ESCID |
|--|---|---|--|-------|
| Musculatura facial | Relaxada | Em tensão, testa franzida e/ou fúcies de dor | Testa franzida e/ou dentes cerrados | |
| Tranquilidade | Tranquilo, relaxado, movimentos normais | Movimentos ocasionais de inquietude e/ou mudança de posição | Movimentos frequentes incluindo cabeça e/ou extremidades | |
| Tónus muscular | Normal | Aumentado, flexão dos dedos das mão e/ou pés | Rígido | |
| Adaptação à VM (descartar outras causas) | Tolera VM | Tosse mas tolera VM | Luta contra o ventilador | |
| Conforto | Confortável e/ou tranquilo | Tranquiliza-se ao toque e/ou à voz. Fácil de distrair | Difícil de confortar, ao toque e à voz | |
| 0. Sem dor | 1-3: Dor ligeira | 4-6: Dor moderada | >6: Dor intensa | |

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

ESCID – Escala de Conductas Indicadoras de Dolor

- Na PSC a capacidade de comunicar esta frequentemente ausente pela diminuição do nível de consciência, pela utilização de fármacos (sedação) ou pela presença de ventilação mecânica.



- Indicadores comportamentais (mais fiáveis);
 - Indicadores fisiológicos.

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

ESCID – Escala de Conductas Indicadoras de Dolor

- É uma ferramenta útil para avaliação da dor em PSC, que não comunica e que está submetida a ventilação mecânica;



(Latorre Marco et al., 2014)

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

FLACC

| | 0 | 1 | 2 | |
|------------------------|---|--|---|-------|
| Face | Nenhuma expressão particular ou sorriso. | Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse. | Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas. | FLACC |
| Pernas | Posição normal ou relaxadas | Inquietas, agitadas, tensas. | Aos pontapés ou esticadas. | |
| Atividade | Dêltado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente. | Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso. | Curvado, rígido ou com movimentos bruscos. | |
| Choro | Ausência de Choro (acordado ou adormecido). | Gemidos ou choramingos, queixas ocasionais. | Choro persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes. | |
| Consolabilidade | Satisfeito, Relaxado | Tranquilizado por toques. Abraços ou conversas ocasionais, pode se distraído. | Difícil de consolar ou confortar. | |

ESCALAS ADOTADAS PELO SERVIÇO

FLACC

Dor na criança cujo desenvolvimento psicomotor ou situação clínica impede verbalização

Não esquecer o importante papel dos pais

Utilizada em todas as idades pediátricas

Na maioria das situações clínicas

(Manuel et al., 2009)

Deram entrada no SU no mês de Janeiro 245 crianças.

CONTROLO DA DOR

- A dor no trauma é muitas vezes subvalorizada;
 - Não é administrada analgesia antes das intervenções realizadas.
- A introdução de protocolos terapêuticos, melhora a gestão terapêutica da dor no SU;
Goodacre & Roden (1996); A. Kelly, Brumby, & Barnes. (2005)
- A avaliação da dor com instrumentos validados;
- Controlo farmacológico e não farmacológico o mais precocemente possível;
Berben et al. (2008)

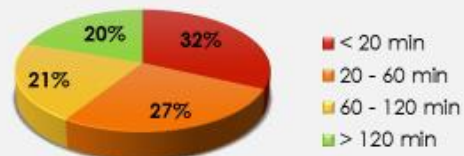
CONTROLO DA DOR

Situações de Monotrauma, dores das extremidades, cefaleias ou outras dores que não envolvam órgãos



Protocolo de analgesia na triagem

Timing de Administração no SU





CONTROLO DA DOR

• Controlo não farmacológico

- Aplicação de gelo;
- Imobilizações para estabilização de #;
- Posicionamentos frequentes;
- Remoção precoce do plano duro;
- Reduzir Luminosidade e ruído.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

- As escalas da dor devem ser consideradas instrumentos valiosos na gestão da dor na PSC;
- O enfermeiro tem a responsabilidade de avaliar, intervir e monitorizar os resultados dessas intervenções, bem como comunicar essas informações à restante equipa;
- A gestão eficaz da dor implica uma abordagem sistemática na avaliação/reavaliação da dor;

É fundamental o envolvimento de toda a equipa no controlo da dor, efetuando-se o registo sistematizado de forma a melhorar a qualidade dos cuidados.



BIBLIOGRAFIA

- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Devlin, J. W., Kress, J. P., ... Care, C. (2010). Diretrizes para Prática Clínica da Gestão da Dor, Agitação e Delírium em Pacientes Adultos na Unidade de Terapia Intensiva. *Critical Care Medicine*, (C). Acedido em http://www.amb.org.br/fileadmin/user_upload/amb/Clinical_Practice_Guidelines_for_the_Management_PT2.pdf
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012, December). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in advanced dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 7-16.
- Berben, S. a. a., Meijls, T. H. J. M., van Dongen, R. T. M., van Vugt, A. B., Vloet, L. C. M., Mintjes-de Groot, J. J., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury*, 39(3), 579-8.
- Berben, S. a. a., Meijls, T. H. J. M., van Grunsven, P. M., Schoonhoven, L., & van Achterberg, T. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*, 43(9), 1397-402.
- Goh, H. K., Lee, L., & Tham, K. Y. (2007). Emergency department triage nurse initiated pain management. *Journal of Emergency Medicine*, 14(1), 16-21.
- Goodacre, S. W., & Roden, R. K. (1996). A protocol to improve analgesia use in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 13(3), 177-179.
- Jordan, A., Hughes, J., Pakrasi, M., Hepburn, S., & O'Brien, J. (2011). The utility of PAINED in assessing pain in UK population with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 118-126.
- Kelly, a.-M. (2000). A process approach to improving pain management in the emergency department: development and evaluation. *Emergency Medicine Journal*, 17(3), 165-167. doi:10.1136/emj.17.3.165
- Kelly, A., Brumby, C., & Barnes, C. (2006). Nurse-initiated, titrated intravenous opioid analgesia reduces time to analgesia for selected painful conditions. *Can J Emerg Med*, 7(3), 149-154.
- Latore Marco, I., Sobr Muñoz, M., Falero Ruiz, T., Lamasqñu Sánchez, A., Romay Pérez, a B., & Millán Santos, I. (2014). Validation de la Escala de Conductas Indicadoras de Dolor para valorar el dor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica: resultados del proyecto ESCID. *Enfermería Intensiva / Sociedad Española de Enfermería Intensiva Y Unidades Coronarias*, 22(1), 3-12.
- Manuel, L., Batalha, C., Maria, G., Paula, L., Costa, S., Dulce, M., ... Miguens, M. (2009, July). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face - Legs - Activity - Cry - Consolability | FLACC | em crianças. *Referência*, 7-14.
- Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. (O. dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.



OBRIGADA!