

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação
Crítica: uma Intervenção de Enfermagem
Especializada

Ana Sofia Dias

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação
Crítica: uma Intervenção de Enfermagem
Especializada

Ana Sofia Dias

Orientador: Professora Doutora Cândida Durão
Coorientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Ninguém pode livrar os homens da dor, mas será bendito aquele que fizer renascer neles a coragem para a suportar.”

Selma Lagerlof

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, pela dádiva de amor e afeto e por todas as horas que se viram privados de brincadeiras com a sua mãe.

Ao Codinha, por caminhar ao meu lado e escutar-me.

Aos meus pais, que me apoiaram e acreditaram sempre em mim.

Às equipas de enfermagem de cada contexto e respetivos enfermeiros orientadores, que me acolheram nobremente e deram um contributo essencial para que este trabalho fosse possível.

À Professora Orientadora Doutora Carla Nascimento pela sua disponibilidade para me ajudar no meu percurso, transmitindo sabedoria, reflexão e sobretudo contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos, o meu obrigada!

LISTA DE SIGLAS

APA - *American Psychological Associations*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CPOT – *Critical Care Pain Observation Tool*

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECMO – *Extracorporeal Membrane Oxygenation*

EFIC – *European Federation of International association for the study of pain Chapters*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IASP – *International Association for the Study of Pain*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA – Pressão Arterial

PCA – *Patient Controlled Analgesia*

PNCD – Plano Nacional de Controlo da Dor

PNLCD – Plano Nacional da Luta Contra a Dor

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio Encefálico

TENS – *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UMD – Unidade Multidisciplinar da Dor

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

A dor é uma experiência multidimensional que tem a capacidade de afetar a pessoa na sua globalidade, pelo que a abordagem ao doente com dor deve ter em conta os aspetos sensoriais, as implicações psicológicas, sociais e até culturais associadas à patologia dolorosa (Direção-Geral da Saúde, 2011). A dificuldade na comunicação, o medo e a ansiedade experienciada pela Pessoa em Situação Crítica agrava o seu estado geral, pois uma dor não controlada nestes doentes tem implicações ao nível do estado de consciência, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urden, Stacy, & Lough, 2008). A gestão da dor é uma área de intervenção de enfermagem que permite aliviar o sofrimento do doente e proporcionar-lhe conforto e bem-estar (Kolcaba, 2003). Sendo o conforto um *outcome* desejável para os cuidados de enfermagem, torna-se fundamental que seja reconhecido o seu valor (Sousa, 2012).

O percurso de estágio que aqui se documenta decorreu em três contextos distintos, numa Unidade Cuidados Intensivos, numa Unidade Multidisciplinar da Dor e num Serviço de Urgência. O objetivo geral do estágio foi: desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da Pessoa em Situação Crítica. Como tal, para a prossecução deste objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos: desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e à sua família; desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção diferenciada da dor aguda na Pessoa em Situação Crítica; contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da dor. Este relatório apresenta as principais atividades de estágio realizadas bem como os resultados obtidos nos diferentes contextos, refletindo as competências desenvolvidas. Todo o pensamento e ação em estágio foram sustentados no referencial teórico de Katharine Kolcaba e sua Teoria do Conforto.

Palavras Chave: Dor Aguda; Gestão da Dor Aguda; Pessoa em Situação Crítica

ABSTRACT

Pain is a multidimensional experience that has the capacity to affect the whole person, so the approach to the patient with pain must take into account the sensory aspects, psychological, social and even cultural implications associated with the painful pathology (DGS, 2011). Difficulty in communication, fear and anxiety experienced by the critically ill patient aggravates their general condition, since an uncontrolled pain in these patients has implications for the state of consciousness, circulation, sleep, endocrine changes, metabolic, gastrointestinal and psychological (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Pain management is a nursing intervention that alleviates the patient's suffering and provides comfort and well-being (Kolcaba, 2003). Since comfort is a desirable outcome for nursing care, then it becomes fundamental to recognize its value, making it a central concern of nursing care and presenting it as a determinant indicator of the quality of care provided (Sousa, 2012).

The internship here documented took place in three different contexts: an Intensive Care Unit, a Multidisciplinary Pain Unit and an Emergency Department. The general objective of the internship was the development of specialized nursing competences in the management of the pain of the Critically Situated Person. As such, in order to achieve this objective, the following specific objectives were defined: the development of specialized nursing competences in the provision of care to the Critically Ill person and his / her family; development of specialized nursing competences in the differentiated intervention of acute pain in the Person in Critical Situation; contribute to the development of ongoing training of nurses in the area of pain.

This report presents the main internship activities carried out as well as the results obtained in the different contexts, reflecting the competences developed. All the thought and action in stage were supported in the theoretical reference of Katharine Kolcaba and its Theory of the Comfort.

Keywords: Acute Pain; Acute Pain Management; Critical Ill Patient

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. A GESTÃO DA DOR ENQUANTO INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM.....	15
1.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR	15
1.2 GESTÃO DA DOR AGUDA	17
1.3 A DOR AGUDA NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	19
1.4 CONFORTO E BEM-ESTAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR AGUDA..	21
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	25
ESTÁGIO I – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS /INTERMÉDIOS	26
ESTÁGIO II – UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DA DOR.....	41
ESTÁGIO III – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICES	
Apêndice I – Sessão de Formação “Analgesia Regional nos Cuidados Intensivos – Um Olhar de Enfermagem”	
Apêndice II – Certificado de Participação nas Jornadas do Doente Crítico 2017	
Apêndice III – Certificado de Comunicação Livre: “Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação Crítica nos Cuidados Intensivos – Um Olhar de Enfermagem” nas Jornadas do Doente Crítico 2017	
Apêndice IV – Certificado de Participação no <i>Workshop</i> de Técnicas Dialíticas realizado nas Jornadas do Doente Crítico 2017	
Apêndice V – Certificado de Participação no 16.º Convénio da Astor, 25.ª Jornadas do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Orta	
Apêndice VI – Protocolo Terapêutico - Administração de Paracetamol na Triagem como Analgesia e/ou Antipirexia	
Apêndice VII – Sessão de Formação “Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência – Um Olhar de Enfermagem”	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Objetivos e Atividades desenvolvidas no estágio I.....	27
Quadro 2 – Objetivos e Atividades desenvolvidas no estágio II.....	42
Quadro 3 – Objetivos e Atividades desenvolvidas no estágio III.....	53

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial ou emocional desagradável associada a lesão tecidual, real ou potencial (*International Association for the Study of Pain [IASP]*, 2011), é considerada uma doença que interfere com a qualidade de vida das pessoas e a causa mais frequente de ida aos serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2011). O fenómeno da dor tem um impacto negativo no doente, na sua família e na sociedade em geral, na medida em que apresenta um considerável impacto socioeconómico. De acordo com os dados disponibilizados pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011), para além da despesa de saúde pública relacionada com o tratamento da dor, crescem os custos indiretos relacionados com a perda de produtividade, o absentismo e as reformas antecipadas. Conforme refere a *European Federation of IASP Chapters (EFIC)*, 2016), as repercussões socioeconómicas da dor são comparáveis às causadas pelas doenças cardiovasculares ou pelo cancro.

A prevenção e o tratamento da dor têm sido objeto de estudo nos últimos anos pela comunidade científica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008). No entanto, a dor continua a ser um problema significativo na Pessoa em Situação Crítica (PSC) pois a sua má gestão leva a um aumento da mortalidade e morbidade, pelo desencadeamento de graves alterações fisiológicas, hemodinâmicas e imunitárias e psicológicas, como depressão, desorientação, ansiedade e delírio (Stites, 2013).

A necessidade de gestão da dor num doente pressupõe a colaboração de vários profissionais de saúde, ou seja, a sua eficácia depende de uma abordagem multidisciplinar com partilha de responsabilidades. Todavia, os enfermeiros pela proximidade e contato frequente com os doentes, são elementos fundamentais na implementação de intervenções para a gestão da mesma, reduzindo o sofrimento associado à dor (OE, 2008).

Tendo em conta a problemática descrita anteriormente, decidi nortear o meu percurso de aquisição de competências com base no modelo de aquisição de competências descrito por Dreyfus (1980), adaptado por Benner aos cuidados de enfermagem (2001), que nos remete para a importância da praxis fundamentada na

evidência científica, num processo evolutivo que prevê a ampliação da qualidade dos cuidados prestados.

A elaboração do presente relatório está inserido no plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem da PSC, que visa dar a conhecer o processo de aquisição de competências que realizei no 3º semestre. Este teve em conta não só as competências definidas para o Curso de Mestrado em PSC (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), como também os descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013), as competências comuns do Enfermeiro Especialista explicitadas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2011) e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC explicitadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC da OE (2011).

A escolha deste tema teve por base motivações intrínsecas, relacionadas com um enorme interesse pelo fenómeno da dor e as suas implicações para o conforto e bem-estar da pessoa, mas também por motivações profissionais, uma vez que exerço funções num Bloco Operatório onde todos os dias são realizadas várias cirurgias, muitas delas com um elevado nível de complexidade, traduzindo-se, com frequência, em dor intensa no período pós-operatório.

Os doentes que são submetidos a estas cirurgias sofrem, habitualmente, destruição não só das partes estruturais do organismo (pele, músculos, ossos), como também das estruturas viscerais e nervosas, manifestando-se em quadros algícos mistos, surgindo simultaneamente dor com componentes somática, visceral e neuropática (Caseiro, 2008). E, apesar dos avanços na medicina, com a evolução dos fármacos para o alívio da dor e o desenvolvimento de novas técnicas de analgesia pós-operatória, a monitorização e o controlo da dor aguda constitui ainda uma intervenção que necessita de consenso por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI, 2002), a adequada avaliação da dor em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) não é consensual e a aplicação de instrumentos validados não é frequente, sendo de realçar a tendência para a subvalorização da intensidade da dor na PSC.

Por outro lado, estudos referem que as taxas de dor não controlada permanecem muito altas. Segundo Apfelbaum, Chen, Mehta, & Gan (2014), cerca de 80% dos doentes submetidos a cirurgia relataram dor aguda pós-operatória e desses, 75% referem que sentiram dor moderada ou severa.

Porém, a dor aguda não está só associada ao período pós-operatório (Ferreira et al., 2014), a dor aguda é frequente na PSC independentemente do seu critério de admissão. Um estudo realizado em 28 países com cerca de 3800 participantes, demonstrou que nas UCI's são realizados vários procedimentos invasivos que provocam dor ligeira a moderada, nomeadamente, a remoção do dreno torácico, a remoção do tubo endotraqueal e a inserção do cateter arterial (Puntillo et al., 2014). Um outro estudo multicêntrico acerca das práticas de sedação e analgesia em doentes críticos internados em UCI chegou à conclusão que, pelo menos 33% dos doentes submetidos a ventilação mecânica experimentaram dor em repouso e que 56% sofreram dor durante um procedimento (Prayen, Chanques, Mantz, Hercule, & Bosson, 2007).

Ambos os estudos demonstram que a prevalência da dor aguda é ainda muito alta, e tendo em conta o impacto da dor no aumento do risco de complicações e na diminuição do conforto e bem-estar do doente, torna-se imperativo que os enfermeiros realizem uma correta gestão da dor aguda através da avaliação sistemática da dor, tendo por base primária o autorrelato do doente sempre que possível (Stites, 2013).

A deteção, quantificação e tratamento da dor, deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde e muitos têm sido os esforços, ao longo dos anos, no sentido de encontrar consensos em torno desta questão. A título exemplificativo, a DGS criou em 2001 o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) que tinha como principal objetivo o desenvolvimento da prestação de cuidados ao maior número possível de doentes do território nacional no alívio da dor aguda ou crónica de qualquer causa (DGS, 2001). Posteriormente, produziu o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) que contemplava novos objetivos e estratégias tirando partido da experiência adquirida com a implementação do PNLCD (DGS, 2011). Em 2013, elaborou o Plano Estratégico Nacional de Prevenção Controlo da Dor (DGS, 2013).

Em 2003, a DGS equiparou a dor ao 5º sinal vital considerando que a avaliação, monitorização e registo da dor é um dever do profissional de saúde e um

direito do doente. Ou seja, sendo a dor um fenómeno multidimensional de importância fundamental para a integridade física do indivíduo, o seu controlo reflete ganhos em saúde e em qualidade de vida para a população (Barros, 2015). Os principais indicadores dos ganhos em saúde prendem-se com a diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, aumento da funcionalidade física e psicossocial e redução do sofrimento evitável (DGS, 2012b).

Para Batalha, Reis, Costa, Carvalho & Miguens (2009), o controlo da dor é uma responsabilidade dos profissionais de saúde e a excelência desse controlo depende de uma avaliação sistemática da dor através de instrumentos válidos para a sua medição. Neste sentido, cabe aos enfermeiros “avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados” (OE, 2008, pág.1).

Conforme refere o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC, o enfermeiro deve ser capaz de fazer uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, pág.4).

O meu processo de aquisição e desenvolvimento de competências decorreu em três contextos de estágio: uma UCI, uma Unidade Multidisciplinar de Dor (UMD) e um Serviço de Urgência (SU), através da prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC, tendo como objetivo principal:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na gestão da dor da PSC.

E os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação cuidados à PSC e à sua família;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção diferenciada da dor aguda na PSC;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da dor.

Considerando que a dor pode ser o maior distrator para o conforto do doente (Kolcaba, 2002), norteei a minha prestação de cuidados e a reflexão acerca dos mesmos na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1994). Segundo a autora, o

conforto é a satisfação das necessidades humanas básicas decorrentes de situações de cuidados de saúde stressantes, com o objetivo de alívio, tranquilidade ou transcendência no domínio físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural.

Este trabalho encontra-se dividido em dois capítulos principais. O primeiro capítulo refere-se à fundamentação teórica do relatório através da realização de uma revisão de literatura, bem como o enquadramento teórico com o tema a trabalhar. No segundo capítulo está descrito o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências em estágio, através de uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas e resultados obtidos.

Este relatório foi redigido segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2017) e as normas da *American Psychological Association* (6ª edição).

1. A GESTÃO DA DOR ENQUANTO INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Este capítulo é constituído pela revisão da literatura efetuada sobre a gestão da dor na PSC e é composto por quatro subcapítulos.

1.1 Fisiopatologia da dor

A dor, na grande maioria dos casos, resulta da ativação de neurónios aferentes primários específicos, os nociceptores, da lesão ou disfunção desses nociceptores ou do sistema nervoso central. A dor causada por uma excessiva estimulação dos nociceptores localizados na pele, vísceras e outros órgãos designa-se dor nociceptiva, enquanto que a que resulta de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico é designada de dor neuropática, também referida como dor central caso a lesão se verifique no sistema nervoso central (Lopes, 2003).

Os nociceptores são os neurónios do sistema nervoso periférico responsáveis pela deteção e transmissão dos estímulos dolorosos. Sendo os nociceptores neurónios aferentes primários, estão localizados nos gânglios das raízes dorsais da medula espinhal, daqui origina-se um processo central que se dirige e termina no corno dorsal da medula espinhal e que posteriormente percorre os nervos sensitivos e vai terminar nos diversos órgãos periféricos, constituindo a fibra sensitiva (Lopes, 2003).

Os estímulos capazes de provocar a ativação dos nociceptores designam-se nociceptivos ou nóxicos, e podem classificar-se em mecânicos, térmicos ou químicos. A principal função dos nociceptores é transformar a energia patente nos estímulos nociceptivos em impulsos nervosos, ou seja, potenciais de ação, e conduzi-los até à medula espinhal (Lopes, 2003). O processo de conversão de energia designa-se por transdução e está relacionado com sensibilização periférica, que através da destruição tecidual e da destruição das terminações nervosas das fibras amielínicas C e das fibras mielínicas A δ , iniciam fenómenos inflamatórios com libertação de uma

grande quantidade de mediadores (histamina, braquinina, leucotrienos, fator de crescimento dos nervos, neuropépticos, prostaglandinas, etc.) verificando-se, posteriormente, a formação de atividade elétrica que é transmitida ao sistema nervoso central (Caseiro, 2008). A transmissão é feita desde as fibras nociceptivas até à medula e desta, através das fibras espinotalâmicas, até ao cérebro. Quando o estímulo elétrico chega aos terminais dos nociceptores inicia-se a modulação, que tem a ação de facilitar ou inibir a libertação de neurotransmissores sobre os neurónios espinhais com a intenção de atenuar os efeitos da agressão álgica. De entre os neurotransmissores envolvidos na modulação destacam-se a serotonina, a noradrenalina e a dopamina (Lopes, 2003).

Por fim, dá-se a perceção que é o processo de integração de todos os anteriores com as características psicológicas individuais – genéticas, cognitivas, culturais, religiosas – criando a experiência emocional e subjetiva da dor (Caseiro, 2008).

Existem dois tipos de dor: a dor aguda e a dor crónica e estas podem subdividir-se quanto à sua origem, podendo ser neuropática - causada por alterações nas células nervosas; visceral – que envolve órgãos como o coração, estômago ou fígado ou somática – que envolve tecidos superficiais, como a pele, músculos, articulações e ossos (DGS, 2011).

A dor aguda é um sinal para o cérebro sobre a presença de um estímulo nocivo e/ou lesão tecidual em curso (EFIC, 2016). Este sinal de dor aguda é útil e adaptativo, alertando o indivíduo do perigo e da necessidade de escapar ou procurar ajuda. A dor crónica é geralmente definida como um sintoma persistente ou recorrente durante pelo menos 3 - 6 meses que muitas vezes persiste após a cura da lesão que lhe deu origem, podendo mesmo existir sem lesão aparente (EFIC, 2016). Esta dor caracteriza-se por uma modelação do sistema que deteta a dor modificando a forma como esta é percebida.

Em 1965, Melzack e Wall assinalaram a importância da área sensitiva primária no processamento e transmissão da informação nociceptiva com a Teoria da *Gate Control*. Os autores defendiam a existência de um mecanismo neural que se comporta como um portão nos cornos posteriores medulares, podendo aumentar ou diminuir o débito dos impulsos transmitidos desde as fibras periféricas ao sistema nervoso

central. Desta forma, o influxo somático submete-se à influência reguladora do portão, mesmo antes de criar uma percepção à dor e conseqüente reação (Melzack & Wall, 1965). Uma das primeiras conseqüências da teoria do portão foi abolir a ideia de que a dor era uma sensação simples e projetada sem sofrer interferências até chegar ao centro de percepção da dor, concepção que durante muito tempo afastou as dimensões cognitivas e afetivas associadas à experiência da dor. Assim, tendo a teoria do portão descrito os sistemas de processos paralelos de percepção da dor, foi então possível integrar as dimensões sensoriais, afetivas e cognitivas associadas à experiência (Souza, 1997).

1.2 Gestão da dor aguda

A caracterização da dor pelos profissionais de saúde deve atender à componente sensorial-discriminativa relacionada com a deteção da intensidade, localização, duração, padrão temporal e qualidade do estímulo nocivo e a componente emocional-afetivo-cognitivo relacionada com a reação emocional decorrente da percepção.

De forma a alertar os profissionais de saúde para a importância da avaliação e registo da dor, a DGS emitiu em 2003 a circular normativa n.º 09 que equiparou a dor ao 5º sinal vital e que assenta em algumas premissas, nomeadamente, que o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, bem como, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização dos cuidados de saúde. Por outro lado, a avaliação e o registo da intensidade da dor pelos profissionais de saúde deve 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).

A implementação destas intervenções de forma generalizada pode significar um impacto bastante significativo na terapêutica da dor e proporcionar um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados prestados (DGS, 2011). Conforme referido anteriormente, a gestão da dor implica a vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de avaliação da dor que têm por base os indicadores de dor (Teixeira & Durão, 2016).

De acordo com estes autores, estas escalas permitem identificar a intensidade da dor do indivíduo, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia.

Existem escalas de autoavaliação que permitem ao próprio classificar a intensidade da sua dor que podem ser utilizadas sempre que o doente estiver consciente e consiga comunicar. A título de exemplo, a Escala Numérica em que o doente atribui um valor de 0 (dor nula) a 10 (dor máxima), a Escala Visual Analógica que permite ao doente marcar o ponto onde se situa a sua dor, numa linha de 10 cm, onde uma extremidade corresponde a dor nula e a outra dor máxima, a Escala Descritiva Verbal em que o doente escolhe a palavra que mais se adequa à intensidade da sua dor e a Escala de Faces em que o doente escolhe a face que melhor caracteriza a sua dor (Scopel, Alencar, & Cruz, 2007).

As escalas de heteroavaliação são utilizadas em doentes que estão incapacitados de comunicar, seja por alteração do estado de consciência, por exemplo, doentes sob o efeito de sedação, seja por alterações na comunicação verbal, nomeadamente, doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva. Estas escalas contemplam indicadores fisiológicos e comportamentais de dor. Nos indicadores fisiológicos pode incluir-se o aumento da frequência cardíaca, PA, dióxido de carbono no final da expiração, aumento da sudação, palidez e dilatação pupilar (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Nos indicadores comportamentais, deve ser avaliada a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular, a adaptação ao ventilador, a presença de sons ou vocalizações (Urden et al., 2008).

No seio das várias escalas de heteroavaliação ou escalas comportamentais de dor, a *Behavioral Pain Scale* (BPS) e a *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) parecem ser as mais válidas e confiáveis para a monitorização da dor em doentes adultos internados em UCI (Barr et al., 2013). A BPS é de fácil compreensão e aplicabilidade, avalia a expressão facial, movimentos corporais e a adaptação ao ventilador e o objetivo é que o doente tenha uma pontuação menor ou igual a 4. A CPOT avalia a expressão facial, os movimentos corporais, a tensão muscular e adaptação ao ventilador ou vocalizações (SPCI, 2012).

No sentido de reforçar estratégias de intervenção que visam o reforço da capacidade organizativa e o desenvolvimento de modelos de boas práticas na gestão

de abordagem da dor (DGS, 2011), a DGS criou o Plano Nacional de Luta Contra a dor em 2001, com atualizações em 2010 e 2013.

1.3 A dor aguda na pessoa em situação crítica

A PSC caracteriza-se por um doente com disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas e onde a sua sobrevivência está dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica (SPCI, 2008). Esta vivência tem associada dor aguda acentuada, seja pela patologia de base que motivou o internamento, seja relacionada com procedimentos invasivos que vão sendo realizados (Ferreira et al., 2014).

A dificuldade na comunicação, o medo e a ansiedade experienciada pela PSC agrava o seu estado geral, pois uma dor subtratada ou subvalorizada corresponde a uma dor não controlada e nestes doentes isso tem implicações ao nível do estado de consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urde net al., 2008). As alterações fisiopatológicas desencadeadas pela dor não controlada resultam na ativação do sistema nervoso simpático, com a libertação de hormonas neuroendócrinas e a libertação local de citocinas, provocando alterações fisiológicas em todos os principais órgãos e sistemas. É desencadeado o aumento da frequência cardíaca, o inotropismo e a PA, o que aumenta o risco de isquemia do miocárdio por aumento do consumo de oxigénio (Caseiro, 2008). Outras complicações podem ser: risco de taquicardia e disritmia, atraso na cicatrização das feridas, risco de atelectasias, fenómenos tromboembólicos, vasoconstricção periférica e acidose metabólica (Lopes, 2003).

Conforme refere o mesmo autor, a dor aguda não tem só implicações físicas, mas também implicações psicológicas, podendo resultar num aumento da ansiedade, dificuldade em dormir, desmoralização, perda de controle, incapacidade de raciocínio básico e de interação com os outros (Cousins et al., 2004 citado por Caseiro, 2008).

Assim, tendo como *outcome* dos cuidados de Enfermagem às pessoas com dor a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando se os resultados foram eficazes (OE, 2008). Seja através de intervenções autónomas, que são da exclusiva

responsabilidade do enfermeiro, onde este prescreve, executa e avalia as técnicas realizadas, seja através de intervenções interdependentes ou complementares que se inicia na prescrição farmacológica realizada pelo médico e que é aplicada e monitorizada pelo enfermeiro.

De forma a organizar a abordagem aos doentes com dor aguda, em 1988, o médico B. Ready publicou pela primeira vez as bases para o desenvolvimento de uma unidade de dor aguda. Na altura, a unidade era unicamente assente na intervenção dos médicos anestesiológicos e tratava apenas a dor no período pós-operatório através de analgésicos epidurais e endovenosos. Segundo o autor, a importância da existência de uma unidade de dor aguda prendia-se com a necessidade de melhorar a analgesia no pós-operatório, permitir que os médicos anestesiológicos mais novos pudessem treinar técnicas recentes de controlo da dor e realizar estudos de investigação que permitissem desenvolver novos conhecimentos na área da gestão da dor aguda no pós-operatório (Ready et al., 1988). Durante o seu estudo Ready testou em 820 doentes a utilização *patient controlled analgesia* (PCA) e analgesia epidural com opióide, demonstrando que era possível a utilização de técnicas sofisticadas para o alívio da dor aguda no pós-operatório sem que os doentes padecessem de efeitos secundários associados à terapêutica, como por exemplo, a depressão respiratória provocada pelos fármacos opióides.

Nos anos 90, alguns países europeus tentaram criar uma unidade de dor aguda à semelhança daquela que tinha sido descrita por Ready, no entanto, constataram que não seria fácil implementar este modelo no sistema de saúde europeu, tendo em conta os custos elevados da especialização de médicos na área da dor aguda. Assim, Rawall, em 1997, descreveu um modelo baseado no trabalho do enfermeiro sob a supervisão do médico anestesiológico (modelo Europeu), que coloca a ênfase na comunicação, formação de todos os profissionais envolvidos e avaliação da dor com um intervalo de 3 horas a todos os doentes com dor aguda, com recurso às escalas de dor (Saraiva, 2008). Estudos feitos consideram que a implementação de uma equipa de enfermagem especializada na dor aguda pode melhorar significativamente a dor não controlada e o status funcional dos doentes, bem como os comportamentos de prática clínica dos profissionais de saúde (Kaasalainen et al., 2016).

De forma a materializar as Unidades de dor aguda em Portugal, foi criada a norma n.º 003/2012 para a organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda no Hospitais Portugueses, que têm como objetivo promover a prestação de cuidados individualizados, no âmbito da dor aguda pós-operatória, procedimentos não cirúrgicos, diagnósticos e/ou terapêuticos, trauma e patologias médicas aos doentes que deles necessitem (DGS, 2012a). Esta norma prevê cumprir alguns requisitos, nomeadamente, a implementação do uso de escalas de avaliação da intensidade da dor e métodos adequados ao seu registo no processo clínico, elaboração de protocolos de atuação clínica para a abordagem da dor aguda, prevenção e tratamento dos efeitos secundários mais frequentemente associados à terapêutica farmacológica da dor aguda e abordagem de complicações relacionadas com as técnicas e os fármacos usados na abordagem da dor aguda.

Tendo em conta que esta circular normativa prevê que estas Unidades tenham uma equipa multidisciplinar, parece ser essencial a integração de enfermeiros peritos na abordagem à pessoa com dor aguda.

1.4 Conforto e bem-estar da pessoa em situação crítica com dor aguda

O conforto é um conceito empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem (Apóstolo, 2009). Desde Florence Nightingale que se faz referência ao conforto como um objetivo central para os cuidados de enfermagem, conforme é ilustrado no livro *Notas sobre Enfermagem*, “o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado” (Nightingale, 2005, pág 132).

Segundo Apóstolo (2009) e ao analisarmos a origem etimológica dos conceitos conforto e enfermeiro, verificamos que estão intimamente relacionados, na medida em que enfermeiro é composto pelo termo enfermo + o sufixo eiro. Enfermo deriva do latim da palavra *infirmus*, que significa aquele que não está forte ou que está fraco. Por outro lado, confortar vem do latim, *confortãre*, que significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar¹. Deste modo, podemos

¹ Citação retirada do site <https://pt.glosbe.com/pt/la/conforto> consultado no dia 29/04/2018

facilmente concluir que o enfermeiro parece ser aquele que promove o fortalecimento e o vigor daquele que está enfermo.

Por outro lado, o termo “bem-estar” é referido como um resultado da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda (Basto, 2009).

Sendo o conforto e bem-estar considerado um *outcome* multidimensional desejável dos cuidados de enfermagem, cuidar da PSC envolve atender às suas necessidades com sensibilidade, destreza e atenção, por meio de atitudes praticadas para promover o conforto e o bem-estar. Segundo Kolcaba (2003), a dor pode ser o maior distrator para o conforto holístico do doente.

Foi, pois, neste contexto que entendi nortear a minha reflexão acerca do meu percurso de aquisição de competências, segundo a Teoria de Médio Alcance de Katharine Kolcaba.

Para a autora, o conforto é a satisfação (de forma ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas decorrentes de situações de cuidados de saúde stressantes, com o objetivo de alívio, tranquilidade ou transcendência no domínio físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 1994).

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba pressupõe quatro metaparadigmas, a enfermagem, o doente, o ambiente e a saúde. No que concerne aos cuidados de enfermagem, estes são descritos como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, com delineamento de medidas para satisfazer essas necessidades e reavaliação após implementação dessas medidas, de forma a obter uma comparação com a linha de base anterior. No que concerne ao alvo dos cuidados de enfermagem, é naturalmente o doente, mas também a família, as instituições ou até as comunidades. No que diz respeito ao ambiente, este relaciona-se com qualquer aspeto relacionado com o doente, a sua família ou meios institucionais que possam ser manipulados para melhorar o conforto do doente. A saúde consiste no estado ótimo que é definido pelo doente, a sua família ou a comunidade (Kolcaba, 2003).

Como referido anteriormente, o conforto deve desenvolver-se em quatro contextos: o contexto físico que pertence aos mecanismos de homeostase, às funções de imunidade e às sensações corporais; o contexto sociocultural que diz respeito às

relações interpessoais, familiares e sociais, bem como às tradições familiares ou práticas religiosas; o contexto psicoespiritual que diz respeito à consciencialização de si próprio, incluindo identidade, a sexualidade e o significado da vida, bem como o relacionamento da pessoa com uma ordem superior e, por último, o contexto ambiental que envolve a sua relação com o meio ambiente e com todas as influências externas (Kolcaba, 2003).

A autora refere ainda que a pessoa pode atingir três níveis de conforto: o alívio definido como o estado alcançado após a satisfação de uma necessidade que permite à pessoa voltar ao seu funcionamento habitual; a tranquilidade, enquanto estado de calma ou de satisfação ideal para uma recuperação eficaz e a transcendência como o estado no qual a pessoa consegue elevar-se acima dos seus problemas.

A vulnerabilidade é outros dos sentimentos vividos pela PSC devido à extrema dependência dos profissionais de saúde para a satisfação das necessidades básicas (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson, 2002). Esta vulnerabilidade é também causadora de desconforto.

Na verdade, a comunicação, a informação e a possibilidade de o doente ser integrado nos cuidados, bem como, a existência de uma relação entre o enfermeiro cuidador e o doente baseada na escuta, proximidade, flexibilidade e gentileza, permite diminuir os sentimentos de desamparo, alineação e vulnerabilidade (Bergstrom, Hakansson, Warren & Bjersa, 2016). Por outro lado, permite ao enfermeiro identificar quais as verdadeiras necessidades do doente e atuar no controlo da dor, quer através de medidas terapêuticas, quer através de medidas não-farmacológicas.

A sustentação da minha intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor aguda da PSC é feita pelo enquadramento teórico aqui apresentado de forma sucinta. Deste modo, este capítulo é o elemento condutor das atividades desenvolvidas nos três campos de estágio, apresentadas no capítulo seguinte.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O meu processo de aquisição de competências desenvolveu-se em três contextos distintos: numa UCI, numa UMD e num SU. O percurso nos diferentes contextos permitiu ter uma visão mais abrangente do cuidado à PSC.

De forma a dar resposta às competências propostas, delineei atividades que desenvolvi durante o tempo de estágio, atividades essas transversais aos três contextos e que passo a enumerar:

- Visitas guiadas aos serviços;
- Consulta de normas e protocolos;
- Conhecimento da constituição das equipas, funções dos diferentes elementos e métodos de trabalho;
- Reflexão sobre a prática de cuidados;
- Prestação de cuidados de enfermagem, tendo em conta critérios de qualidade, segurança, responsabilidade profissional, ética e legal.

As visitas guiadas aos serviços, o conhecimento das normas e protocolos vigentes, bem como a constituição das equipas e as funções dos vários elementos permitiram-me uma melhor integração nos serviços. Essa integração foi fundamental para que me pudesse ambientar às rotinas diárias, de forma a organizar a minha prática em função das atividades que pretendia desenvolver.

A implementação da prática baseada na evidência em enfermagem pode possibilitar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente e família, uma vez que intensifica o julgamento clínico dos enfermeiros, no entanto, é importante que estes desenvolvam habilidades que permitam obter, interpretar e integrar as evidências oriundas das pesquisas (Oliveira, Carvalho & Rossi, 2015). A realização de reflexões acerca da prática de cuidados permitiu-me analisar cada situação de cuidados, fazendo um paralelismo com a evidência científica, para que pudesse tomar uma decisão fundamentada. Por outro lado, a reflexão permitiu-me desenvolver competências ao nível da demonstração de um conhecimento aprofundado acerca da prestação de cuidados à PSC, bem como no desenvolvimento de consciência crítica acerca dos problemas atuais da profissão de enfermagem.

Durante o meu estágio, prestei cuidados de enfermagem de forma profissional, ética e legal, baseando a minha prática nos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça (OE, 2015). Prestei cuidados centrados no doente, ou seja, tendo como objetivo principal dos meus cuidados a satisfação do doente através de processos de cuidados holísticos que envolvessem os seus valores, olhando sempre para todas as suas vertentes, bem como a tomada de decisões partilhadas com os pares e com os restantes profissionais de saúde (McCormack et al., 2015).

Tive sempre por base o código deontológico dos enfermeiros, utilizando os conhecimentos científicos e técnicos adequados, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar, adotando medidas que visam melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, nomeadamente o sigilo e a privacidade (OE, 2015). Considero ainda que salvaguardei os direitos dos doentes através da prestação de cuidados sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

Estágio I – Unidade de Cuidados Intensivos /Intermédios

O estágio na UCI decorreu em oito semanas, no período compreendido entre os dias 2 de outubro e 26 de novembro de 2017, numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Polivalente de um hospital na periferia de Lisboa.

O serviço é composto por uma ala com oito camas de cuidados intensivos de nível III definido como um serviço com equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada por intensivista, em presença física nas 24 horas, onde se pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários (Penedo et al., 2013) e 10 camas de cuidados intermédios de nível I, definido, como tendo, a monitorização normalmente não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão (Penedo et al., 2013).

Neste serviço trabalham 41 enfermeiros, liderados por um chefe de serviço, e divididos por cinco equipas, sendo que cada equipa tem oito enfermeiros atribuídos. Por turno, estão distribuídos entre sete a oito elementos, tentando respeitar-se a

dotação de enfermeiro/doente preconizada na Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem realizada pela OE (2014).

Tendo em conta que esta UCI está inserida num hospital com uma urgência de nível médico-cirúrgica é pouco frequente receberem pessoas vítimas de politrauma, sendo que a maioria dos doentes têm patologia médica.

Para a realização deste estágio delineei objetivos bem como atividades para lhes dar resposta (ver quadro 1).

Quadro 1 – Objetivos e Atividades desenvolvidas no estágio I - UCI

1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação cuidados à PSC e família	<ul style="list-style-type: none">• Colaboração no cuidar especializado de enfermagem;• Gestão de protocolos terapêuticos complexos para suporte vital;• Implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde;• Participação na implementação de programa informático <i>close-loop</i> para a administração de terapêutica;• Realização de um jornal de aprendizagem.
2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção diferenciada da dor aguda na PSC	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação e monitorização da dor na PSC;• Gestão de protocolos farmacológicos complexos de alívio da dor;• Realização de intervenções não-farmacológicas de alívio da dor;• Elaboração de um estudo de caso.
3. Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da gestão da dor	<ul style="list-style-type: none">• Realização de sessões de formação para os enfermeiros;• Participação e apresentação de uma comunicação oral nas Jornadas do Doente Crítico 2017.

O facto de a escala dos enfermeiros mudar a cada dois turnos, permitiu-me prestar cuidados a doentes tanto de cuidados intensivos como de cuidados intermédios possibilitando perceber as principais diferenças e rotinas diárias dos cuidados prestados aos doentes que são referenciados para os cuidados intensivos e aos doentes referenciados para os cuidados intermédios. Por outro lado, a realização de turnos nas 24 horas do dia, deu-me uma melhor perspetiva da dinâmica do serviço ao longo do dia.

Tive acesso ao sistema informático implementado no serviço, bem como ao processo clínico do doente, realizando desta forma, os registos de enfermagem relativos aos cuidados.

Objetivo 1 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação cuidados à PSC e família

O objetivo principal dos cuidados de enfermagem à PSC é melhorar o *outcome* do doente e família dentro da complexidade que é uma UCI (Morton & Fontaine, 2013).

Durante a minha prestação de cuidados utilizei um pensamento estruturado através da metodologia ABCDE para a abordagem do doente crítico. Esta metodologia preconizada pela *American Heart Association* e pela *European Resuscitation Council*, tem como premissas: a avaliação do doente pela ordem A (via aérea), B (respiração), C (circulação), D (disfunção neurológica), E (exposição); a realização de uma avaliação completa e reavaliação com regularidade, tratar problemas potencialmente fatais antes de passar à fase seguinte, avaliar os efeitos do tratamento (tendo em atenção que alguns tratamentos demoram alguns minutos a fazer efeito) e pedir ajuda atempadamente (European Resuscitation Council, 2015).

Pude ainda executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à PSC (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro), nomeadamente a prestação de cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva, onde tive contato com os vários parâmetros ventilatórios e de que forma estes se alteram consoante o doente e a patologia associada, estas variações são essenciais para a melhoria do *outcome* do doente. Neste âmbito, contatei com situações de desconforto do doente associado à má adaptação à ventilação invasiva. Através do trabalho interdependente médico-

enfermeiro, foi possível concluir que muitas vezes essa inadaptação tem a ver com situações como a exacerbação da dor e/ou a necessidade de maior quantidade de fármaco sedativo. Assim, a utilização de protocolos de terapêutica é essencial nestes doentes (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro), seja como forma de conferir sedação e analgesia, seja através de fármacos que conferem suporte vital ou até esquemas anti-microbianos complexos. Esta competência permitiu-me conferir alívio físico ao doente, devolvendo-lhe o conforto necessário à sua evolução clínica (Kolcaba, 2003).

Colaborei na realização de técnicas dialíticas, contínuas e intermitentes, algo que desconhecia, pelo que senti necessidade de realizar um workshop sobre Técnicas Dialíticas que aconteceu no decorrer das Jornadas do Doente Crítico 2017, no sentido de aumentar os meus conhecimentos acerca do tema.

De igual modo, destaco a colaboração na técnica de realização de traqueostomia, colocação de cateteres venosos centrais e linhas arteriais, bem como na gestão da monitorização hemodinâmica invasiva e respetivos cateteres.

Tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados a uma pessoa em situação de peri-paragem internado na enfermaria, através da ativação da equipa de emergência interna, equipa essa constituída para um médico e um enfermeiro da UCI. Segundo o European Resuscitation Council (2015), estas equipas podem ser ativadas de acordo com as alterações dos valores dos sinais vitais do doente ou de acordo com critérios de ativação específicos, não devendo, no entanto, serem chamadas apenas em situações de paragem cardíaca mas sim, em situações de deterioração fisiológica aguda.

Em cuidados intensivos têm sido descritos casos de lesões da córnea, associada a vários fatores como a sedação, fatores ambientais (ar condicionado e humidade baixa), relacionados com o tratamento (efeitos secundários a alguns fármacos, como os diuréticos, analgésicos, sedativos e bloqueadores neuromusculares), ventilação mecânica, lesões neurológicas como perda sensorial ou motora reflexa e danos na superfície ocular (Araújo et al., 2016). Neste serviço está implementado um protocolo de realização de um teste de fluoresceína em doentes sedados e submetidos a ventilação mecânica invasiva com o objetivo de despistar lesões da córnea. Este protocolo foi elaborado por um grupo de trabalho da UCI

juntamente com médicos oftalmologistas do mesmo hospital e, apesar de não existirem dados relativos à diminuição da incidência de lesões na córnea neste serviço, os enfermeiros referem que durante a realização destes testes são muitas vezes encontradas lesões que provavelmente passariam despercebidas, iniciando-se o tratamento mais precocemente.

Por outro lado, a prevenção e o controlo da infeção são uma preocupação inerente aos cuidados de saúde com especial ênfase nas UCI, tendo em conta a complexidade dos cuidados prestados. Neste sentido, o Ministério da Saúde publicou o Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro (2013), que visa a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos. Este programa tem como objetivo principal a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade, assim como da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos (DGS, 2013). Assim, de forma a uniformizar as ações para dar resposta aos objetivos propostos pelo programa, a DGS emanou algumas normas, por exemplo, a Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical (DGS, 2015a), a Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2015b) e Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (DGS, 2015c).

Quando comecei o meu estágio desconhecia estas normas por isso tive necessidade de as consultar para adequar os meus cuidados de acordo com o que era preconizado. A minha prática foi ao encontro do que está preconizado nas normas, nomeadamente, a administração de medicação pelo cateter venoso central foi sempre precedida por uma descontaminação com clorexidina 2%, realização de penso do cateter venoso central com técnica assética após 48 horas da sua colocação (porque fica normalmente com penso com compressa) e após 7 dias quando tem o penso transparente. Relativamente à prevenção da pneumonia associada à intubação, tive uma preocupação acrescida em manter os doentes com a cabeceira a 30º, realizar a lavagem da cavidade oral com gluconato de clorexidina 2% pelo menos 3 vezes por dia e confirmar a pressão de insuflação do cuff do tubo traqueal.

Outra medida implementada para a prevenção e controlo de infeção foi a correta lavagem das mãos nos 5 momentos: antes do contato com o doente, antes de realização de técnicas limpas/asséticas, após o contato com o doente, após o risco

de exposição à fluidos corporais e após contato com as áreas próximas do doente (World Health Organization, 2009).

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

Tive, ainda, a oportunidade de participar na implementação de um novo dispositivo de registo de administração de fármacos - "*Pharma Track*" - que consiste num programa informático com um sistema em "*close loop*" em que o objetivo é evitar a transcrição de prescrições informáticas de medicamentos para papel e evitar o erro terapêutico, ou seja, os enfermeiros consultam, num dispositivo portátil, a prescrição do fármaco na mesma altura em que o preparam e posteriormente administram, ficando o registo em como foi administrado.

A prescrição eletrónica é frequentemente promovida para reduzir erros de prescrição e a dispensa automática e a leitura de códigos de barras são recomendadas para reduzir os erros de administração de medicamentos. Estes sistemas foram também pensados para aumentar a eficiência de quem administra os medicamentos (Franklin, O'Grady, Donyai, Jacklin & Barber, 2007). Este é um hospital "sem papel" e está neste momento certificado no nível 7 do EMRAM (*Electronic Medical Record Adoption Model*) pela HIMSS Analytics (*Healthcare Information and Management Systems Society*), o que significa que é um hospital empenhado na qualidade global dos cuidados através da utilização de tecnologia capaz de elevar a segurança dos doentes.

Atualmente, a prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, implica o recurso à tecnologia para garantir uma prática segura e eficiente. Conforme refere Locsin (2017), o recurso à tecnologia não pretende conhecer apenas a parte que está lesada e em tratamento, mas procura conhecer a pessoa enquanto ser humano singular, com as particularidades que o caracterizam e que estão em constante mudança.

Elaborei um jornal de aprendizagem onde refleti acerca de uma situação de cuidados vivenciada durante o estágio. A situação descrita relaciona-se com a supressão do suporte vital a uma doente em morte cerebral. As conclusões a que

cheguei com a elaboração deste documento prendem-se com a importância vital dos cuidados ao doente em fim de vida e à sua família. Neste caso, as intervenções relacionadas com a instabilidade hemodinâmica deixam de ser foco dos cuidados, passando a ser o nosso objetivo primordial o bem-estar do doente, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila na presença da sua família, se este for o seu desejo.

Remetendo para a Teoria de Conforto de Kolcaba, considero que o objetivo dos meus cuidados em relação a esta doente e família era o alcance do nível máximo de conforto – a transcendência. Desta forma, incentivámos a presença da família sem limite de tempo, prestámos todas as informações que a família solicitou, mostrámo-nos disponível para esclarecer todas as dúvidas e garantimos, através dos instrumentos disponíveis, que a doente estava tranquila e sem dor.

Resultados: O estágio na UCI foi uma experiência absolutamente nova para mim uma vez que nunca tinha trabalhado num contexto idêntico. Ainda assim, a minha experiência profissional com a PSC, juntamente com as aulas teóricas no decorrer do ano curricular permitiram-me mobilizar conhecimentos, conferindo-me capacidade para lidar com as situações expostas. Conforme refere Benner (2001), a enfermeira proficiente apercebe-se da situação na globalidade e não em termos de aspetos isolados, aprende pela experiência quais os acontecimentos que são expectáveis de acontecer numa determinada situação. Apesar de ser enfermeira iniciada em contexto de cuidados intensivos, foi fácil mobilizar a minha experiência profissional enquanto enfermeira proficiente, o que permitiu desenvolver competências na gestão dos cuidados em trabalho de equipa e na articulação com a equipa multidisciplinar.

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

O contato com técnicas complexas de suporte vital como, a ventilação mecânica invasiva, a monitorização invasiva, as técnicas dialíticas, bem como, os momentos de aprendizagem em equipa foram fundamentais para a minha aquisição de conhecimentos acerca destes temas, permitindo igualmente, que desenvolvesse

competências relacionadas com o cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência multiorgânica, tendo em conta que pude aprofundar os meus conhecimentos acerca destes temas. Concomitantemente, a utilização da metodologia ABCDE para a avaliação do doente crítico possibilitou-me adquirir competências na identificação de focos de instabilidade, bem como na resposta de forma antecipatória à vulnerabilidade clínica do doente (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro).

A minha participação na implementação do programa “*PharmaTrack*” foi essencial para desenvolver competências na área da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, bem como, incorporar as diretivas e os conhecimentos, pois conforme refere a OE, o enfermeiro especialista “desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro, pág. 3).

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

Apesar de ter o objetivo de o doente e família atingirem o nível de conforto de transcendência, penso que, a família apenas atingiu o alívio. Conforme a própria referiu, compreendia a decisão de supressão de suporte vital, mas demonstrava uma enorme tristeza pela morte do seu familiar.

Objetivo 2 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção diferenciada da dor aguda na PSC

A dor, em todas as suas formas, para além de uma experiência desagradável, é também subjetiva, única, dinâmica e acompanha de forma transversal quase todas as patologias que requerem cuidados de saúde.

A deteção, quantificação e tratamento da dor na PSC tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde que trabalham em UCI (Ferreira et al., 2014). Desta forma e com a intenção de fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro), a avaliação das necessidades da pessoa com dor foi uma preocupação durante o meu estágio.

A gestão efetiva de sintomas é considerada uma componente essencial da prática dos cuidados de enfermagem para diferentes condições clínicas, mas reveste-se de um carácter particular nas doenças crónicas (Sidani, 2001 citado por Henriques & Gaspar, 2010), como é o caso da dor crónica desencadeada pela dor aguda mal controlada. A natureza debilitante e os efeitos desagradáveis dos sintomas sublinham a importância da sua adequada gestão. Importa referir que a gestão efetiva dos sintomas é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Doran, 2002), dando especial ênfase às funções autónomas, nomeadamente às intervenções não-farmacológicas para alívio da dor.

Sendo a autoavaliação do doente o *gold standard* da avaliação dolorosa, a utilização da Escala Visual Analógica e/ou Escala Numérica de Dor são as escalas mais válidas e fiáveis em doentes conscientes e colaborantes (Ferreira et al., 2014). No entanto, em contexto de cuidados intensivos, a instabilidade hemodinâmica da PSC e a necessidade da utilização de técnicas de suporte vital, nomeadamente, ventilação mecânica invasiva, dificultam ou mesmo impossibilitam que o doente reporte a sua dor. A incapacidade de comunicar verbalmente não nega a possibilidade do indivíduo estar a experienciar dor e a necessidade de um tratamento que a alivie; a capacidade de aliviar a dor passa pelo reconhecimento da sua existência (Granja et al., 2005).

As escalas de monitorização de dor *BPS* ou *CPOT* são os instrumentos de avaliação mais válidos para aplicação na PSC incapaz de autoavaliação desde que

as funções motoras permaneçam intactas (Ferreira et al., 2014). Estas aliam a avaliação de alguns parâmetros subjetivos da dor, como a expressão facial e os movimentos do corpo, com a avaliação de parâmetros fisiológicos, como a frequência cardíaca e a PA.

No serviço, constatei que existe um protocolo de monitorização da dor que é implementado tanto ao nível dos cuidados intensivos, como ao nível dos cuidados intermédios. É utilizada a Escala Numérica nos doentes conscientes e colaborantes, conforme preconizado pela DGS (2003) e a *BPS* a todos os doentes com entubação orotraqueal, independentemente do seu estado de consciência.

A avaliação da dor deve ser sempre acompanhada do seu registo (DGS, 2003), registo que deve ser feito 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. Assim, na UCI a dor é avaliada pelos enfermeiros e registada no processo clínico informatizado do doente pelo menos três vezes por turno.

Durante o meu estágio houve uma preocupação acrescida pela gestão de protocolos farmacológicos de combate à dor (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro), mantendo-me sempre alerta para a medicação analgésica prescrita de forma contínua, bem como aquela prescrita em horário certo e em SOS.

Recordo-me de um doente, vítima de acidente de viação, internado na UCI após ter sido submetido a uma laparotomia exploradora, que relatava dor severa na região da incisão cirúrgica associado ao aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória. Após a realização de toda a terapêutica analgésica prescrita, o doente mantinha dor moderada. Foi comunicado ao médico anestesiologista que após observar o doente decidiu fazer uma bloqueio intra-fascial do plano transversal abdominal bilateral. Cerca de 20 minutos após a realização da técnica o doente referiu alívio total da sua dor. Não voltou a referir dor no restante internamento.

A dor não só causa desconforto no plano psicoespiritual e ambiental, mas desconforto ao nível físico e fisiológico, pois está associada a uma resposta de *stress* neuroendócrina proporcional à sua intensidade e que resulta da ativação do sistema nervoso simpático e de reflexos mediados pelo hipotálamo (Batalha, 2016), desencadeando estados de hipertensão, taquicardia, aumento da resistência vascular

sistémica e aumento das necessidades de oxigénio do miocárdio, agravando muitas vezes o estado já debilitado da PSC.

As medidas não-farmacológicas são uma importante ferramenta para o alívio da dor (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro) e segundo Gélinas, Arbour, Michaud, Robar e Côté (2013), estas medidas têm o potencial de complementar intervenções farmacológicas podendo oferecer opções de tratamento alternativas no tratamento de alguns sintomas, nomeadamente a dor. Assim, em paralelo com as medidas farmacológicas, pus em práticas algumas técnicas não-farmacológicas de forma a proporcionar maior conforto ao doente.

Conforme referem Gélinas et al. (2013), a inspiração profunda, a massagem e o posicionamento são as técnicas mais utilizadas pelos enfermeiros em UCI, o que corrobora a minha experiência em estágio. Apesar de poucos estudos analisarem a sua eficácia no alívio da dor na PSC, Lindberg e Engstrom (2011) citado por Gélinas et al. (2013), referem que os enfermeiros de cuidados intensivos acreditam que a gestão de dor é feita essencialmente através de intervenções farmacológicas, mas quando estas se revelam insuficientes, estes tentam diferentes abordagens não farmacológicas.

Em conversa com alguns enfermeiros cheguei à conclusão de que as medidas não-farmacológicas são aplicadas regularmente aos doentes internados na UCI, no entanto, raramente são registadas. Desta forma, a perceção da sua utilização, bem como da sua eficácia, fica comprometida.

Outras intervenções não-farmacológicas como a aplicação de quente-frio ou a estimulação elétrica transcutânea (TENS), não foram utilizadas por inexistência do material necessário na unidade.

Utilizei a história clínica do doente vítima de acidente de viação, descrito acima, para realizar um Estudo de Caso, suportado numa investigação empírica de forma a estudar em profundidade fenómenos no seu contexto real. Mobilizei os conhecimentos adquiridos durante as minhas pesquisas para a construção do enquadramento teórico do relatório e relacionei-o com a Teoria do Conforto de Kolcaba, tendo realizado a avaliação de acordo com as intervenções instituídas e organizado um plano de cuidados, com o levantamento de diagnósticos adequados à situação, planeamento e

execução de atividades e resultados esperados, de acordo com a linguagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (OE, 2011).

Resultados: As atividades descritas foram essenciais para o desenvolvimento de competências na área da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica. A utilização das escalas de avaliação da dor adequadas ao doente, bem dos sinais fisiológicos da dor foram essenciais para a aquisição de conhecimentos acerca do bem-estar físico, psico-social e espiritual em resposta às suas necessidades.

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

A realização do estudo de caso permitiu-me mobilizar conhecimentos, melhorar a minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas numa situação nova (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013). Neste trabalho destaquei a relevância da correta monitorização da dor aguda, bem como a importância do cumprimento da analgesia prescrita e o benefício da utilização de técnicas de analgesia regional para um controlo mais eficaz da dor. A elaboração deste trabalho possibilitou-me a aquisição de competências na mobilização de dados dos relatórios de investigação, bem como no desenvolvimento de um nível aprofundado de conhecimentos na área da gestão da dor aguda e a construção de uma consciência crítica acerca do tema.

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

Objetivo 3 - Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da dor

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

A formação dos enfermeiros em contexto de trabalho é importante para a sua prática de cuidados. Assim, promover a formação de enfermeiros envolvidos no tratamento da dor permite capacitar estes profissionais para o diagnóstico precoce e tratamento antecipado da dor.

Através de conversas com os enfermeiros do serviço, juntamente com a enfermeira orientadora e o enfermeiro chefe de serviço, cheguei à conclusão que o controlo da dor através de técnicas de analgesia loco-regional era uma necessidade de formação. Os enfermeiros desempenham um papel importante na gestão da dor (SPCI, 2002), e é através do enfermeiro que muitas vezes se detetam problemas como analgesia inadequada ou efeitos secundários em estádios precoces, quer pela avaliação da dor, quer pela monitorização contínua de outros parâmetros vitais como a PA, pulso ou frequência respiratória (Saraiva, 2008).

Alguns enfermeiros do serviço demonstraram interesse em aprofundar conhecimentos sobre a anestesia/analgesia do neuro-eixo de forma a vigiar com segurança os doentes submetidos a este tipo de técnicas, bem como na manipulação de cateteres epidurais. Assim, após discussão com a enfermeira orientadora e o enfermeiro chefe de serviço, tive a iniciativa de realizar uma sessão de formação cujo tema foi “Analgesia Regional em Cuidados Intensivos – Um Olhar de Enfermagem” (apêndice I).

De forma a construir uma formação adequada à realidade do serviço, realizei uma visita ao Bloco Operatório no sentido de conhecer os dispositivos de autoanalgesia - PCA - disponíveis no hospital.

A sessão de formação realizou-se no dia 24 de novembro pelas 8h30 na sala de formação do serviço e contou com a presença de 15 enfermeiros. Para além dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos, contei com a presença de enfermeiros do Bloco Operatório.

Todos os presentes deram um *feedback* bastante positivo da sessão, classificando o tema como pertinente para a sua prática de cuidados. O enfermeiro chefe do serviço referiu a importância do tema, bem como o trabalho em equipa entre serviços, enfatizando a importância da presença de enfermeiros do Bloco Operatório.

Durante o estágio, participei nas Jornadas do Doente Crítico 2017 (apêndice II), organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, onde apresentei uma comunicação oral cujo tema era “Gestão da Dor Aguda na PSC” (apêndice III). Destas jornadas destaco a mesa redonda “Novas Realidades nos Cuidados à Pessoa em UCI”, onde foi abordado o tema “ECMO em dadores de coração parado”. Esta apresentação teve um grande interesse para mim pois fiquei a conhecer o novo programa que está a ser implementado, tanto nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), como em algumas UCI’s do país, no sentido de aumentar dadores de órgãos em paragem cardiorrespiratória. Esta necessidade surge em consequência da escassez de órgãos para transplante, tendo em conta que até então só se realizavam colheitas de órgãos em doentes em morte cerebral (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2014). Assim, nesta palestra foi abordado os critérios de inclusão e de exclusão, a preparação das equipas do pré-hospitalar, bem como o seu modo de atuação, a instalação de equipamentos mecânicos de compressão do tórax nas VMER’s, de forma a não comprometer a reanimação durante o transporte, o circuito do doente desde a entrada no hospital até à sua canulação e a ligação ao *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO). Esta palestra foi complementada pelas palestras seguintes: “ECMO em UCI: Atuação do Enfermeiro” e “ECMO em UCI: Atuação do Médico”, onde ficou claro que os cuidados aos doentes submetidos a ECMO são de alta complexidade e envolvem custos elevados, por isso é essencial a existência de infraestruturas e material adequado, além de pessoal altamente especializado para sua implementação.

Nas mesmas jornadas participei num workshop sobre técnicas dialíticas (apêndice IV), onde destaco a possibilidade que me foi dada de montar um sistema

completo numa máquina de hemodiafiltração, algo que nunca tinha realizado. Foram também abordadas questões relacionadas com a técnica propriamente dita, nomeadamente quais as soluções dialisantes que devem ser utilizadas, quais os fármacos mais indicados para realizar a anticoagulação e quais as indicações para as técnicas de substituição renal contínua ou intermitente.

Resultados: A sessão de formação foi um importante momento de reflexão e de partilha de conhecimento. O facto de estarem presente enfermeiros de dois serviços distintos, mas que trabalham em parceria, permitiu que todos explanassem as suas dificuldades e sugerissem estratégias para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados ao doente.

A realização desta sessão de formação permitiu-me adquirir competências no diagnóstico das necessidades formativas do serviço, enquanto facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, bem como no favorecimento da aprendizagem, na destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

Apesar de ser um tema pouco explorado no serviço, considero que contribuí para o conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro), considerando que a implementação de programas de formação acerca da dor, promovem a capacitação de todos os profissionais e o seu compromisso em colaborar no alívio da dor, promovendo o bem-estar do doente.

A minha participação em eventos de cariz científico permitiu-me atualizar os meus conhecimentos acerca de práticas inovadoras, nomeadamente, ECMO. Por outro lado, a realização da comunicação oral - "Gestão da Dor Aguda na PSC" - permitiu-me desenvolver competências enquanto enfermeiro facilitador nos processos de aprendizagem dos pares e agente ativo no campo da investigação desenvolvendo e aprofundando os meus conhecimentos acerca do tema, de forma a contribuir para o conhecimento novo e o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

O *workshop* sobre técnicas dialíticas foi um momento de aprendizagem e um excelente complemento aos conhecimentos que desenvolvi durante o meu estágio na

UCI, pois pude ter uma visão da teoria acerca da prática de cuidados a doentes submetidos a terapias de substituição renal que fui tendo durante o estágio.

Estágio II – Unidade Multidisciplinar da Dor

A funcionar desde 2008, a Unidade Multidisciplinar da Dor onde realizei o meu estágio tem como principal objetivo aliviar a dor persistente que, em muitos casos, afeta a qualidade de vida das pessoas durante anos.

É uma unidade multidisciplinar, ou seja, uma unidade onde colaboram vários especialistas, como enfermeiros, médicos anesthesiologistas, psicólogos e psicoterapeutas, na tentativa de fazer uma abordagem holística do tratamento da dor, tendo em conta as suas características fisiológicas, mas também o impacto na vida diária dos utentes e na sua saúde mental. Esta unidade presta cuidados a doentes de todas as faixas etárias que sofram de dor crónica (oncológica ou não oncológica) e que sejam referenciados ao serviço.

Tem uma equipa fixa de cinco enfermeiros e é um serviço maioritariamente de cariz ambulatório. Tem, no entanto, uma vertente de apoio aos serviços de internamento onde através da referência do doente é realizada uma visita pelo médico e enfermeiro que juntamente com a equipa responsável pelo doente colaboram, enquanto consultores, na otimização da terapêutica da dor não controlada. Em contexto de ambulatório são várias as atividades realizadas pelos enfermeiros, desde a consulta de enfermagem, normalmente realizada na altura do acolhimento do doente, à consulta telefónica de enfermagem e à colaboração nos protocolos farmacológicos e intervenções não-farmacológicas de alívio da dor.

Esta unidade tem uma consulta de hipnoterapia onde alguns doentes realizam sessões de hipnose para controlo da dor. As sessões de hipnose são realizadas por um enfermeiro que é hipnoterapeuta e conforme o próprio referiu, têm tido resultados muito positivos, verificando-se em alguns doentes uma redução das sessões de psicoterapia e até da toma de medicamentos analgésicos.

Em 2016 esta unidade iniciou a sua intervenção na dor aguda no pós-operatório, através da deslocação diária de um enfermeiro, juntamente com um médico anesthesiologista, ao internamento, no sentido de visitar todos os doentes em

pós-operatório que tenham analgesia endovenosa ou através de cateter epidural em perfusão contínua.

O estágio decorreu de 27 de novembro a 10 de dezembro de 2017, num total de cerca de 50 horas. Os objetivos e as atividades delineadas para este estágio estão descritos no quadro seguinte.

Quadro 2 – Objetivos e Atividades desenvolvidas no estágio II – UMD

1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem no âmbito da intervenção diferenciada da dor aguda da PSC	<ul style="list-style-type: none">• Participação em consultas de enfermagem de acolhimento;• Participação em consultas médicas de avaliação;• Colaboração nas intervenções não-farmacológicas de gestão da dor;• Acompanhamento da equipa multidisciplinar na avaliação dos doentes referenciados à unidade de dor aguda;• Observação de sessão de hipnose para gestão da dor;• Participação nas 25ª Jornadas da Dor do Hospital Garcia de Orta.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Objetivo 1 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem no âmbito da intervenção diferenciada da dor aguda da PSC

Nesta unidade são realizadas consultas de enfermagem, principalmente na fase de acolhimento do doente no serviço.

O acolhimento deve ser uma ferramenta para a humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso à população, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado (Costa, Garcia, & Toledo, 2014). Estas consultas de enfermagem têm uma importância fundamental para a integração dos doentes na

Unidade da Dor pois é aqui que lhes é dado a conhecer toda a dinâmica do serviço, bem como os objetivos que a equipa pretende alcançar com cada doente.

Na consulta de acolhimento, onde participa o doente e o seu familiar de referência, o enfermeiro aplica um questionário onde tenta caracterizar a dor (quando foi o início dos sintomas, como classifica a sua dor, qual é a medicação habitual, de que forma a dor influencia a qualidade de vida do doente, etc.), depois explica como funciona o serviço e de que forma vão ser organizadas as suas consultas, fornece o contato telefónico do serviço e por fim desmistifica algumas questões colocadas, tentando ir sempre ao encontro das expetativas do doente.

Recordo uma doente com o diagnóstico de dor pélvica com um ano de evolução, devido a uma endometriose, que recorreu à Unidade com a expetativa que iria ficar completamente sem dor logo após a primeira consulta. Durante a consulta de enfermagem foi explicado à pessoa que o controlo da dor é um processo sinuoso, com muitos avanços e recuos e que o principal objetivo da equipa era devolver-lhe qualidade de vida, minimizando a sua dor, mas que eventualmente não iria desaparecer totalmente.

Após a consulta de enfermagem, o doente sabe exatamente quais os objetivos da unidade da dor, bem como os tratamentos que o serviço pode oferecer e que existe uma equipa disponível para o seu atendimento.

A consulta de acolhimento é também uma forma de criar uma relação de confiança entre o doente e o enfermeiro. A confiança parece ser o fator *major* para a existência de relações em cuidados de saúde (Oliveira & Lopes, 2010). Esta confiança permite uma transformação da relação interpessoal numa relação terapêutica, com partilha de sentimentos, abertura e honestidade entre as duas pessoas (Meize-Grochowski, 1984 citado por Oliveira & Lopes, 2010). Com a criação desta relação terapêutica torna-se possível a realização de consultas telefónicas, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, a alteração das marcações de consultas e/ou tratamentos ou o pedido de receituário de medicação prescrita na consulta da UMD. As chamadas podem ser feitas pelos enfermeiros, por exemplo após um tratamento ou após a alteração da medicação, ou pelo doente. Quando são os doentes a efetuar a chamada, esta é normalmente atendida por um enfermeiro que regista em processo clínico os dados relevantes, avaliando a necessidade de intervenção de outro profissional

(médico, psicólogo, assistente social). Sempre que existe um contato telefónico entre a UMD e o doente, o enfermeiro realiza a avaliação e o registo da dor do doente, com recurso às escalas qualitativa ou numérica.

Tive a possibilidade de assistir a uma consulta médica, que ocorre habitualmente no seguimento da consulta de enfermagem, sendo que o médico continua a avaliação iniciada pelo enfermeiro tentando perceber a localização concreta da dor, bem como os mecanismos de agravamento e de alívio. É ainda escrutinado qual a medicação e tratamentos já feitos pelo doente, no sentido de criar um plano terapêutico, que pode incluir terapêutica medicamentosa e/ou intervenções não-farmacológicas.

Apesar de não ter tido a possibilidade de assistir a uma consulta médica de *follow-up*, em conversa com a enfermeira orientadora fiquei com a noção que esta serve para perceber a eficácia do tratamento prescrito, a existência de eventuais efeitos secundários à medicação e identificar eventuais necessidades de alteração do tratamento.

Durante as 2 semanas de estágio colaborei na realização de intervenções não-farmacológicas e tratamentos farmacológicos para o alívio da dor realizados mediante prescrição médica e na maioria das vezes agendado, após realização da consulta médica.

A neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) é uma modalidade terapêutica não invasiva, de fácil manuseio, que não apresenta efeitos secundários ou interações medicamentosas, sendo utilizada para o alívio da dor através da estimulação de nervos periféricos, aplicando-se elétrodos ao nível da pele onde passa uma corrente de baixa intensidade que produz impulsos elétricos com frequência entre 0 e 200 Hz. Esta passagem de corrente atua nos nociceptores que ativam neurónios espinhais de projeção e inibem interneurónios inibitórios que são ativados por fibras inócuas. Estes interneurónios, por sua vez, vão inibir os terminais centrais dos nociceptores e os neurónios de projeção, diminuindo a perceção do estímulo doloroso, conforme refere a Teoria de *Gate Control* de Melzack e Wall em 1965 (Lopes, 2003).

Apesar de existirem alguns estudos que revelam a eficácia da aplicação de TENS na diminuição da dor, é consensual em todos os artigos pesquisados, que a eficácia da TENS em condições específicas, como a lombalgia, ainda é controversa,

provavelmente devido aos desenhos implementados nos estudos realizados e ao tamanho reduzido das amostras (De Sanatana, Walsh, Vance, Rakel & Sluka, 2008).

Durante a minha colaboração na realização de TENS a alguns doentes, pude verificar que enquanto em alguns doentes a eficácia era evidente, noutros não era tão visível. Recordo uma doente, em que assisti a três sessões de TENS, em que de uma sessão para a outra se tentou a alteração do posicionamento dos eléctrodos, bem como o aumento do estímulo, mas sem sucesso. A doente referia que logo após terminar o tratamento tinha um alívio ligeiro da dor, mas assim que saía do hospital a dor voltava na mesma intensidade.

Associado à TENS era muitas vezes realizada a aplicação de calor. A termoterapia pode ser classificada quanto à profundidade atingida (superficial ou profunda) e à forma de transmissão (por condução, convecção ou conversão). Na condução, a transferência do calor é feita através do contato direto entre dois corpos, por exemplo a pele e uma compressa quente. Na convecção, é feita através de um intermediário, como o ar ou a água. Na conversão, ocorre transformação de um tipo de energia em outro, por exemplo conversão de energia radiante em calor (Branco et al., 2005).

Na UMD, a aplicação do calor é realizada através de condução, por sacos de água aquecida em estufa até cerca de 47°C, protegidos por um tecido e colocados diretamente sobre a pele no local da dor, durante cerca de 30 minutos. Após os 30 minutos é retirado o saco de água quente e realizada uma massagem com pomada anti-inflamatória.

Conforme foi referido anteriormente, outra das intervenções não-farmacológicas utilizadas na UMD é a massagem para o alívio da dor. A massagem é uma manipulação intencional e sistemática dos tecidos moles do corpo com intenção de melhorar a saúde e atingir a cura (McMillan, Glaser, & Radovich, 2018). Os mesmos autores referem que o uso de massagem em doentes hospitalizados pode ajudar na redução da ansiedade, tensão muscular e da dor, classificando a massagem como um tratamento seguro e agradável cuja inclusão na prestação de cuidados aos doentes hospitalizados produz resultados bastantes positivos na melhoria do conforto do doente. A massagem realizada na UMD tanto pode ser feita com creme hidratante, como com pomadas anti-inflamatórias.

Durante o meu estágio tive a oportunidade de colaborar na realização de tratamentos farmacológicos de controlo da dor, nomeadamente a aplicação de Qutenza num doente com dor neuropática no membro superior direito, após um traumatismo por acidente de trabalho.

O Qutenza é uma pomada anestésica que contém capsaïcina. A capsaïcina torna os nociceptores cutâneos menos sensíveis a diversos estímulos. Estes efeitos da capsaïcina que aparecem numa fase mais tardia são muitas vezes referidos como “dessensibilização” e pensa-se que sejam os responsáveis pelo alívio da dor. As alterações induzidas pela capsaïcina nos nociceptores cutâneos são reversíveis e foi relatado e observado que, em voluntários saudáveis, a função normal (a deteção das sensações dolorosas) é recuperada em poucas semanas².

Este medicamento só pode ser manuseado por profissionais de saúde devidamente qualificados para tal, tendo em conta que apresenta vários efeitos secundários tanto para o doente, como para o profissional que o aplica, nomeadamente queimaduras, irritação ocular e da mucosa nasal, broncoespasmo, etc.

No caso do doente referido anteriormente, este referia uma dor 7, na Escala Numérica da Dor, prévia à aplicação do fármaco. Depois da aplicação do Qutenza não foi possível avaliar os resultados porque o alívio não é imediato. Ao segundo dia, após o tratamento, o doente referia, em consulta telefónica, ter uma dor 3. Referiu igualmente que o Qutenza foi a única medicação que lhe conferiu um verdadeiro alívio da dor, permitindo-lhe realizar movimentos com a mão que não conseguia anteriormente.

A abordagem da gestão da dor deste doente teve início com a avaliação e caracterização sistemática da dor, realizada por telefone e com recurso à Escala Numérica da Dor, seguida da aplicação dos primeiros tratamentos e a monitorização dos resultados, bem como a realização dos registos. Segundo os enfermeiros da UMD foi uma dor difícil de controlar, com uma enorme implicação na qualidade de vida do doente. No entanto, foi determinante para o sucesso do tratamento, uma correta

² Citação retirada do site <https://rxed.eu/pt/q/Qutenza/> consultado no dia 04/05/2018

avaliação das necessidades, só possível pela confiança que foi criada entre os enfermeiros da UMD e o doente.

Durante o meu estágio realizei visitas a doentes internados referenciados à UMD. Os doentes referenciados são normalmente doentes em pós-operatório imediato a quem foi colocado um cateter epidural para realização de analgesia ou realizado um bloqueio de nervos periféricos com colocação de cateter ou ainda, doentes que têm analgesia endovenosa através de dispositivos individuais de autoanalgesia denominados de PCA.

Estas visitas são realizadas pelo enfermeiro da UMD e por um médico anestesiológista que trabalha habitualmente na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A lista dos doentes a visitar é-lhes fornecida anteriormente pelo secretário de unidade da UCPA.

A visita aos doentes referenciados à unidade de dor aguda consiste na avaliação da dor do doente, tanto ao nível quantitativo (normalmente através da utilização da Escala Numérica de avaliação da dor), como qualitativo, tentando perceber qual o tipo de dor (cólica, queimadura, picada, etc.) e se tem algum fator de agravamento ou de alívio. Por outro lado, é também verificada a eficácia da analgesia implementada, através da realização de questões ao doente sobre quantas vezes utilizou o comando para a administração de analgesia, é também consultada o dispositivo de PCA para verificar quantos bólus foram tentados e quantos bólus foram administrados e questionado o enfermeiro responsável pelo doente, no sentido de esclarecer se o doente referiu dores.

A política da UMD para o controlo da dor no período pós-operatório é a utilização de uma analgesia multimodal, ou seja, o uso de vários medicamentos analgésicos em combinação com técnicas (que também podem ser intervenções não-farmacológicas) que visam diferentes mecanismos de ação no sistema nervoso periférico e/ou central e que podem ter efeitos aditivos ou sinérgicos que culminam num alívio efetivo da dor em comparação com as intervenções de uma única modalidade (Chou et al., 2016).

Assim, o trabalho da equipa da UMD prende-se com a identificação das necessidades do doente em relação ao controlo da sua dor, realização de ajustes terapêuticos, bem como ensinios ao doente e profissionais. Conforme refere Saraiva

(2008), das atividades das unidades de dor aguda deve fazer parte o desenvolvimento e implementação de programas de formação para doentes e profissionais de saúde.

Para os profissionais de saúde devem ser realizadas ações de formação onde são transmitidos os objetivos, as atividades e os resultados de toda a dinâmica da unidade de forma a integrar todos os elementos no trabalho de equipa. Os doentes deverão ser esclarecidos, na consulta de avaliação pré-anestésica, sobre a importância do controlo da dor, as várias opções de tratamento, elucidá-los acerca da forma como vão transmitir a intensidade da dor (Escala Numérica), como podem participar no plano de tratamento quando, técnicas como PCA ou analgesia epidural são utilizadas e esclarecimento de dúvidas (Saraiva, 2008), estas informações são posteriormente reforçadas nas visitas aos doentes durante o internamento.

Durante o meu estágio na UMD, tive a oportunidade de observar a realização de uma sessão de hipnose para controlo da dor. A hipnose é definida pela APA³, como um processo durante o qual um profissional de saúde sugere ao cliente de cuidados que este experiencie alterações das sensações, perceções, pensamentos ou comportamentos. As instruções são frequentemente no sentido de imaginar ou pensar sobre experiências agradáveis. No entanto, importa referir que esta técnica está documentada como contraindicada em doentes com patologias como esquizofrenia (embora não seja consensual) e doença de Alzheimer ou demência.

A hipnose é realizada por um enfermeiro da UMD, hipnoterapeuta credenciado, e tem como objetivos eliminar ou reduzir a medicação analgésica, quando possível, e realizar algumas intervenções mais invasivas. Em conversa com o enfermeiro hipnoterapeuta fiquei a saber que a hipnose já foi utilizada para controlo da dor em trabalho de parto, realização de pensos a doente queimados e até em situação de trauma em ambiente pré-hospitalar.

A sessão de hipnose a que assisti foi a primeira de uma doente que apresentava uma dor crónica com cerca de dois anos de evolução. A sua dor incidia sobre a região pélvica e estava relacionada com um diagnóstico de endometriose. A doente em questão é médica veterinária e referiu em consulta médica na UMD que a medicação analgésica que fazia habitualmente causava-lhe alguns efeitos

³ Citação retirada do site <http://www.apa.org/topics/hypnosis/index.aspx> consultado no dia 04/05/2018

secundários, nomeadamente apatia, sonolência e obstipação. Estes efeitos secundários não eram compatíveis com o exercício da sua atividade profissional e por isso a médica referenciou-a para as sessões de hipnose.

A sessão foi realizada fora da UMD, num espaço calmo e silencioso que foi criado no hospital só para estas sessões. A doente sentou-se num cadeirão confortável e foram realizados alguns testes de suscetibilidade à hipnose que permitem avaliar se o doente relaxa e se tem um bom imaginário. O hipnoterapeuta faz sugestões à doente, de forma a que esta consiga sentir algo que não existe na realidade (por exemplo, sentir calor onde não existe). O objetivo da primeira sessão é que o doente perceba o que lhe é pedido para que na consulta seguinte o consiga concretizar. Conforme referem Cyna, McAuliffe e Andrew (2004), os estados hipnóticos ou de "transe" caracterizam-se por uma maior recetividade às comunicações verbais e não-verbais, que são comumente designadas de sugestões.

Após a realização destes testes, e já com a doente em estado de "transe", sugeri a implantação de um interruptor na região frontal esquerda que lhe permite desligar a dor e diminuir o seu desconforto. Segundo o que referiu posteriormente, a criação de imagens agradáveis permite ao doente estar calmo e diminuir a tensão corporal; na utilização do interruptor, a hipnose atribui um dispositivo ao seu desconforto e ao desligá-lo as queixas diminuem.

A literatura refere que a hipnose clínica diminui substancialmente a dor e a necessidade da toma de medicação analgésica (Gonsalkorale, Miller, Afzal & Whorwell, 2003). Por outro lado, Ardigo et al. (2016) referem, ainda, que para além da diminuição significativa do score de dor, o doente submetido a hipnose tem também uma melhoria do estado de depressão.

A participação nas 25^a Jornadas da Dor do Hospital Garcia de Orta (apêndice V), constituiu outro momento de aprendizagem, destacando temas de bastante interesse para o desenvolvimento de competências na área da gestão da dor. Destaco a mesa redonda "Onde a dor aguda se cruza com a dor crónica", que integrou palestras como: "Ketamina, 55 anos depois", onde foi demonstrado que a utilização da ketamina no controlo da dor pode ser uma mais valia, tanto em situações de emergência, em ambiente perioperatório e como prevenção de desenvolvimento de

dor crónica (Campos et al., 2016). A palestra “Ainda opióides?”, abordou a crescente diminuição da utilização de opióides em contexto perioperatório, tendo em conta as suas contraindicações e o aparecimentos de novas técnicas de controlo da dor como as que foram faladas na palestra seguinte: “Anestesia e analgesia loco-regional” onde foram explanados vários estudos referentes à utilização da anestesia e analgesia loco-regional no peri e pós-operatório com o intuito de diminuir a dor, aumentar a satisfação do doente e prevenir o aparecimento de dor crónica (Guedes, Rebelo, Oliveira & Neves, 2012).

Resultados: Colaborar nas atividades desenvolvidas na UMD com toda a equipa multidisciplinar foi determinante para o meu processo de aquisição de competências especializadas em enfermagem na gestão da dor aguda.

A possibilidade de assistir a consultas de acolhimento fez-me compreender a efetiva importância da colheita de dados, principalmente, no que respeita à história de dor. Conforme refere Kolcaba (2003), é importante determinar o que pode agravar a dor de forma a conseguir adequar a intervenção evitando o seu agravamento, daí que o tratamento delineado para o doente esteja dependente da consulta.

Outro aspeto que considerei importante foi assistir à consulta médica, isto porque vem no seguimento da consulta de acolhimento de enfermagem e permitiu-me ter uma visão abrangente do processo pelo qual o doente passa e porque foi facilitador da integração na equipa multidisciplinar. Considero que aprofundei competências relacionadas com o trabalho de equipa e da otimização da articulação com a equipa multiprofissional (ESEL, 2010).

Segundo Stone (2010), só os profissionais que desenvolvam competências em prática interpessoal, colaborativa e capacidade de trabalho em equipa é que poderão fornecer melhores cuidados de saúde em termos de segurança do doente, satisfação do trabalhador e eficiência dos serviços de saúde.

As oportunidades aproveitadas para a realização de intervenções não-farmacológicas foram um grande contributo no processo de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem através da aquisição de conhecimento e habilidade em intervenções para o controlo da dor (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

Por outro lado, o estágio na UMD possibilitou-me conhecer fármacos inovadores para o controlo da dor, bem como intervenções não-farmacológicas e as sessões de hipnose que são poucas vezes utilizadas fora das Unidades de Dor. Essa experiência permitiu-me ter uma visão mais abrangente acerca das várias intervenções que podem ser utilizadas no controlo da dor aguda na PSC internada na UCI ou no SU. Assim, pude adquirir competências na área do conhecimento sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa com dor (Regulamento no 124/2011, de 18 fevereiro).

As visitas aos doentes referenciados à UMD também foram um marco importante no meu estágio, permitindo-me identificar as necessidades destes doentes, em que destaco as necessidades no contexto físico (referentes à dor sentida incapacitante para a realização de tarefas) e do contexto ambiental (referentes à dificuldade sentida no manuseio de dispositivos de PCA), bem como perspetivar a possibilidade de planear e adequar os cuidados a cada situação.

Pude ter uma intervenção especializada de enfermagem através da colaboração com as decisões da equipa multidisciplinar na delineação do plano terapêutico e contribuindo com os meus conhecimentos na área da gestão da dor, no sentido de melhorar o processo de cuidar e realizando a sua avaliação (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

O desenvolvimento de uma práxis clínica com base em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro) foi estimulada através da reflexão acerca da partilha da experiência de peritos a que assisti nas 25ª Jornadas da Unidade da Dor do Hospital Garcia de Orta.

Estágio III – Serviço de Urgência

O estágio no SU decorreu no período entre 18 de janeiro de 2017 e 09 de fevereiro de 2018, num total de sete semanas.

O serviço escolhido foi um SU na periferia de Lisboa definido como uma Urgência Médico-Cirúrgica, o segundo nível de resposta das situações de urgência, isto é, que fornece uma resposta permanente nas valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia (incluindo radiologia convencional, ecografia simples, Tomografia Axial Computorizada [TAC]) e Patologia Clínica. As especialidades clínicas de Cardiologia e Neurologia estão disponíveis de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas. Sempre que exista a necessidade de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no hospital este deve encaminhar os doentes identificados para o Serviço de Urgência Polivalente de referência (Despacho n.º 10319/2014, de 11 agosto).

O serviço tem cerca de 55 enfermeiros, divididos por quatro equipas, dois elementos que têm funções de coordenação do serviço e um chefe de serviço. Em cada equipa existe um enfermeiro chefe de equipa e um enfermeiro que assume funções de segundo elemento.

O trabalho dos enfermeiros é dividido em turnos de 8 horas e por turno estão escalados cerca de 12/13 enfermeiros dependendo do fluxo de doentes. Estão dois enfermeiros escalados no posto de triagem (o segundo elemento de triagem apoia, quando possível, no balcão), um enfermeiro na sala de emergência (apoia no balcão quando possível), dois ou três enfermeiros em balcão dependendo do fluxo de doentes, quatro enfermeiros em Sala de Observações (SO) e um enfermeiro chefe de equipa.

Conforme refere o despacho n.º 10319/2014, de 11 agosto, o SU tem uma VMER em gestão integrada em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados à PSC dentro do SU, sendo o responsável pela coordenação o enfermeiro chefe de serviço do SU.

Para a realização deste estágio delineei alguns objetivos bem como as atividades que desenvolvi para lhes dar resposta (quadro 3).

Quadro 3 – Objetivos e Atividades desenvolvidas no estágio III – SU

1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação cuidados à PSC e família	<ul style="list-style-type: none">• Colaboração no cuidar especializado de enfermagem;• Identificação das necessidades da PSC em relação ao conforto;• Acompanhamento do enfermeiro tutor durante a coordenação do serviço e das equipas;• Colaboração na prestação de cuidados especializados de enfermagem à PSC em ambiente pré-hospitalar;• Realização de um jornal de aprendizagem.
2. Desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção diferenciada da dor aguda na PSC	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação e registo da dor segundo protocolo do serviço;• Identificação das necessidades da pessoa com dor aguda;• Execução de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.
3. Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da dor	<ul style="list-style-type: none">• Realização de sessões de formação para os enfermeiros sobre o tema “Gestão da dor aguda na PSC no SU”.

Tive a possibilidade de acompanhar o enfermeiro orientador nos vários setores de prestação de cuidados do SU, o que me deu uma visão abrangente do encaminhamento do doente consoante a sua queixa (maior ou menor prioridade e patologia médica ou cirúrgica). No entanto, realizei a maioria dos turnos na sala de emergência (colaborando na ajuda da prestação de cuidados em balcão) e em SO. Considero que esta organização foi importante pois a prestação de cuidados nestes dois setores contribuíram de forma positiva para a concretização dos objetivos delineados para o estágio.

Objetivo 1 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação cuidados à PSC e sua família

Os cuidados de enfermagem em contexto de urgência são sempre imprevisíveis tendo em conta a diversidade de situações que podem surgir bem como o seu nível de complexidade.

Conforme está descrito no Relatório da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, a atividade assistencial de um SU pode ser dividido em urgência, que se define como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto período de tempo e emergência que se define por um processo para o qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012).

A identificação das situações que requerem cuidados urgentes ou emergentes é essencial para estabelecer prioridades aos indivíduos que recorrem ao SU. Esse procedimento é iniciado no posto de Triagem. No hospital onde realizei estágio é utilizado o Sistema de Triagem de Manchester, este sistema confere uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas através da atribuição de uma cor⁴. Desta forma, consoante o problema identificado, pode ser atribuído a cor azul (não urgente), verde (pouco urgente), amarelo (urgente), laranja (muito urgente) ou vermelho (emergência).

Apesar de ter realizado poucos turnos neste posto do SU, quando os realizei colaborei com o enfermeiro orientador na colheita da história clínica, na avaliação dos sinais vitais e no encaminhamento do doente para os postos correspondentes à cor atribuída.

Recordo uma doente trazida pelos bombeiros na companhia dos familiares, que tinha sido encontrada caída em casa, com afasia e hemiplegia à esquerda. Na altura da triagem os familiares referiram que a doente teria sido vista sem os sintomas atrás

⁴ Citação retirada do site http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110 consultado no dia 10/05/2018

descritos pela última vez ao pequeno almoço (cerca de 2 horas antes). Foi atribuída a cor laranja e ativada a Via Verde Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A Via Verde consiste numa estratégia organizada para melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves nas fases pré, intra e inter-hospitalar. É o caso da Via Verde AVC que tem como objetivo obter uma maior rapidez na triagem, com avaliação e orientação dos doentes na fase aguda da patologia (Pereira & Guedes, 2017). Os enfermeiros têm um papel fundamental na rápida e eficaz avaliação destes doentes pois, é na triagem que devem ser pesquisados os sinais de alarme (desvio da comissura labial, diminuição da força num braço e dificuldade em falar) e verificados os critérios de inclusão.

Após a ativação da Via Verde são desencadeados diversos mecanismos com a intenção da realização do diagnóstico precoce, a priorização na realização de exames complementares de diagnóstico e a implementação de terapêutica fibrinolítica até 3 horas após o início dos sintomas, conforme refere a *American Heart Association* e *American Stroke Association* (Demaerschalk et al., 2016).

No caso da doente acima referida, a ativação da via verde AVC determinou a avaliação precoce por parte do médico Neurologista e da realização da TAC CE que confirmou AVC isquémico. Colaborei no acompanhamento da doente durante a sua transferência para a UCI para a realização da terapêutica fibrinolítica. O transporte desta doente seguiu as recomendações da SPCI (2008), pois foi acompanhado pelo médico e enfermeiro responsável pelo doente que detêm experiência em reanimação e foi utilizado monitor de transporte, fonte de oxigénio e mala de transporte que contém material para intubação traqueal, material de punção e alguns fármacos para utilização em situação de emergência.

Antes da transferência da doente, os familiares foram informados da sua situação clínica e para que serviço iria ser transferida.

Relativamente à minha prestação de cuidados na sala de reanimação, constatei que a realização da avaliação dos doentes é realizada segundo a metodologia ABCDE, esta metodologia garante uma abordagem sistemática e uma avaliação rápida e completa de todo o doente, sem que nenhuma lesão fatal passe despercebida (Canzian et al., 2013).

A disposição do material na sala coaduna-se com a mesma metodologia o que facilita a organização das intervenções. A prestação de cuidados à PSC está cada vez mais associada à utilização de tecnologia. Na realidade, a sua utilização tem contribuído em muito para melhorar o *outcome* do doente. Hoje em dia o seu uso é indispensável uma vez que permite assegurar a prestação de cuidados com a melhor qualidade possível. O recurso à tecnologia permite aos enfermeiros olharem para a globalidade da situação focando a sua intervenção na singularidade da pessoa bem como nas suas necessidades mais prementes (Locsin, 2017).

Tive a oportunidade de prestar cuidados em situações de emergência, na sala de reanimação, a doentes com patologias como: paragem cardiorrespiratória, edema agudo do pulmão, hipoglicémia, bradidisritmias e AVC e pude pôr em prática os conhecimentos adquiridos durante as aulas da disciplina – Intervenção em Situações de Urgência, Emergência e Catástrofe – bem como nas Unidades Curriculares de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma, realizados durante o Mestrado. Os conhecimentos adquiridos durante estas Unidades Curriculares permitiram-me identificar e antecipar situações de deterioração clínica, estabelecendo prioridades de intervenção, bem como atuar pronta e eficazmente.

Recordo o caso de um doente que recorreu ao SU por síncope de repetição e que ao entrar na sala de reanimação teve novamente uma alteração do estado de consciência. Foi rapidamente monitorizado, identificou-se um bloqueio ventricular completo só demonstrando ondas P na tira de ritmo. Iniciou-se a administração de atropina e posteriormente perfusão de isoprenalina, que não foi eficaz. Posteriormente, o doente foi conectado ao *pacing* e induzida anestesia geral. Após a realização destas intervenções o doente iniciou resposta ventricular com uma frequência cardíaca adequada.

Considero ainda que pude trabalhar em conjunto com a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma comunicação eficaz, participando na tomada de decisão e sendo um membro da equipa. Conforme refere European Resuscitation Council (2015), as competências não técnicas incluem a capacidade interpessoal de comunicação, liderança, seguir a liderança, tomada de decisão, avaliação da situação e gestão de tarefas. Estima-se que 70-80% dos erros em saúde são devidos a uma deficiência nestas capacidades.

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde reconheceu a importância da existência de equipas interdisciplinares na garantia de cuidados de saúde eficazes e, segundo Courtenay, Nancarrow e Dawson (2013), o trabalho de equipa interprofissional é alcançado através do esforço interativo de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados, com boa comunicação, respeito e compreensão dos papéis específicos de cada um. Neste sentido, a equipa do SU mostrou-se sempre disponível para esclarecer dúvidas e facilitar a minha integração no serviço, nomeadamente, ajudando-me com a disposição do material clínico e com a utilização do sistema informático.

Considero que a minha colaboração contribuiu para o conforto do doente no domínio físico, psicoespiritual, ambiental e social, promovendo a segurança da pessoa na monitorização e vigilância dos parâmetros hemodinâmicos, garantindo o alívio da dor; promovendo a privacidade do doente, vestindo-o e mantendo as cortinas corridas e promovendo a visita de familiares fornecendo-lhes a informação adequada.

No seguimento do percurso do doente no SU este pode necessitar de ficar internado temporariamente no SO. Neste setor tive uma preocupação acrescida em relação ao conforto do doente, talvez porque nesta fase de internamento os doentes se encontrem mais estáveis do ponto de vista hemodinâmico. No entanto, conforme refere Kolcaba (2003), é possível e desejável manter simultaneamente as funções vitais e o conforto da PSC. Aliás, para a estabilização da PSC é fundamental uma preocupação acrescida com o conforto, pois só através do alívio ao nível físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental é possível o restabelecimento de um estado saudável (Kolcaba, 2003).

Durante o estágio realizei alguns turnos no balcão; para este setor são encaminhados os doentes triados com a cor amarela ou laranja e todos os doentes em maca.

No balcão é realizada a primeira observação médica que determina algumas atitudes interdependentes posteriormente realizadas pelos enfermeiros, como por exemplo, colheita de espécimes para análise, entubação nasogástrica, cateterização vesical, administração de medicação, entre outros. Os profissionais escalados neste setor têm uma estreita relação com os serviços de apoio, como a radiologia e os técnicos de cardiopneumologia, no sentido de agilizar a realização dos exames

complementares de diagnóstico. Relacionando a afluência de pessoas talvez seja este o local com mais rotatividade de pessoas doentes, exigindo uma maior mobilização de conhecimentos do enfermeiro face às diferentes situações de saúde, antevendo situações que possam evoluir para instabilidade hemodinâmica. Estas especificidades requerem uma organização própria da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores na gestão de cuidados e na articulação da equipa multiprofissional no sentido de promover um ambiente seguro e uma relação terapêutica com a pessoa e a família (Regulamento n.º 122/2011 de 18 fevereiro).

Considero ter um sido um desafio para mim a identificação das necessidades dos doentes e das suas famílias. Pois, se por um lado, o contato com doente é fugaz e superficial, por outro lado, a afluência de doentes excede largamente os recursos humanos disponíveis, assim como o espaço físico e os recursos tecnológicos existentes. No entanto, remeti a minha prática de cuidados no sentido da promoção do conforto do doente/família, focando-me essencialmente no alívio da dor e de qualquer outro sintoma causador de desconforto. Conforme referem Sá, Botelho e Henriques (2015) a prestação de cuidados no SU requer dos enfermeiros uma conciliação harmoniosa entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar, sendo as suas atividades centradas no cuidado humano embebida de um mandato social e natureza específica.

A gestão dos cuidados de enfermagem é uma área fundamental na atuação dos enfermeiros para a eficiência das organizações de saúde e qualidade dos cuidados prestados. Este tema tem merecido ao longo do tempo uma atenção especial por parte de várias teóricas de enfermagem que reconheceram a competência do enfermeiro gestor no favorecer da cultura organizacional centrada no cuidado ao doente.

Para Benner (2001), a gestão em enfermagem pressupõe que o enfermeiro conheça bem o conjunto da sua equipa, saiba quais as necessidades dos doentes e quais os recursos que tem à sua disposição. O enfermeiro gestor tem que ser capaz de supervisionar o conjunto da situação, estar consciente de que o faz e utilizar os recursos que tem disponíveis. Na mesma linha de pensamento, Orem (1989) refere que a gestão em enfermagem deve assegurar a disponibilidade de recursos para que os cuidados prestados aos doentes tenham as devidas condições, sendo que o

enfermeiro gestor deve procurar ter os enfermeiros suficientes com competências reconhecidas assim como outros recursos para que a assistência aos doentes seja real no campo da atuação, condução, apoio, educação e criação de ambientes favoráveis (Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996).

Realizei alguns turnos com um enfermeiro chefe de equipa acompanhando-o nas funções de coordenação e gestão de equipa. Assim, participei em atividades como a distribuição da equipa pelos vários setores, redistribuição da equipa quando havia necessidade, realização de testes de funcionamento dos vários equipamentos, gestão do trabalho de equipa enfermeiro-médico-auxiliar e coordenação com os restantes serviços do hospital.

Concluí que gerir os cuidados em contexto de urgência não se revela uma tarefa fácil, tendo em conta o stress, a enorme afluência de doentes e a dimensão da equipa. Esta questão é confirmada por Duffy (2009), que menciona que os gestores de enfermagem enfrentam diariamente a complexidade do cenário da prática, nomeadamente ouvir e resolver reclamações do doente e da família, garantir que os setores de atendimento dão resposta às necessidades do doente, mantendo os profissionais motivados e lidando com dilemas éticos sem nunca esquecer a política da instituição.

Considero ser essencial que os enfermeiros com funções de gestão sejam possuidores de um vasto conjunto de competências, entre as quais, destaco as competências de liderança. Estas competências devem estar presentes nos comportamentos diários destes profissionais manifestando-se em atitudes que permitem o cumprimento da sua missão (Coelho, 2017).

Para além das competências de liderança é essencial que os enfermeiros chefes de equipa tenham desenvolvido capacidades cognitivas tais como a comunicação, essencial para o trabalho de equipa, a escuta ativa, que possibilita a gestão dos cuidados baseada no diálogo, bem como a organização (do serviço, setores, logística, etc.) que permite aliviar o trabalho dos enfermeiros fazendo com que estes se foquem no doente e na sua família.

Durante estes turnos, reparei que a informação acerca dos doentes é centralizada no enfermeiro chefe permitindo que este tenha uma visão abrangente do funcionamento do SU. Por outro lado, é este enfermeiro que, em colaboração com o

médico chefe de equipa, organiza o serviço e transfere os doentes para os serviços de internamento.

De forma a complementar a minha prestação de cuidados no SU tive a oportunidade de realizar alguns turnos em ambiente pré-hospitalar acompanhando a equipa da VMER. Estes turnos tiveram como principal objetivo desenvolver competências na área da dor num contexto diferente do contexto hospitalar, tornando a minha perspetiva sobre o cuidar às pessoas com dor mais abrangente.

O trabalho dos enfermeiros na área da emergência pré-hospitalar tem contribuído significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados à população, tendo em conta que os cuidados de saúde de emergência são prestados de forma segura por profissionais regulados, com competências consolidadas, adequados e adaptados às necessidades globais do cidadão/famílias (Campos, 2004).

O contexto pré-hospitalar possui particularidades que o distinguem do serviço intra-hospitalar como por exemplo: as condições ambientais a que a equipa e o material estão sujeitos, a presença de mirões, a pressão dos familiares, o fato do local não estar preparado para a atuação da equipa e até a perigosidade de alguns locais, bem como os acessos dificultados.

Uma das principais funções dos enfermeiros nesta área é a condução da VMER o que tem criado alguma polémica na medida em que, no caminho para a unidade hospitalar, é normalmente o médico que acompanha o doente na ambulância. No entanto, cabe ao enfermeiro o contato com o doente e a sua família no local e a passagem de ocorrências aos enfermeiros que recebem o doente na instituição hospitalar. Não obstante, sempre que é necessário a presença do enfermeiro durante o transporte, fica a cargo de outro profissional que esteja no local do incidente levar a VMER de volta à sua base.

O trabalho do enfermeiro pré-hospitalar prende-se também com a providencia de stocks adequados, bem como o bom funcionamento dos equipamentos, sendo responsável pela manutenção e higienização quer da viatura, quer dos materiais que esta transporta, mantendo sempre a operacionalidade da VMER.

Os turnos que realizei na VMER foram de observação da prestação de cuidados não tendo realizado nenhuma intervenção. Em conversa com os colegas

apercebi-me que os enfermeiros que trabalham na emergência pré-hospitalar têm realmente um enorme gosto por aquilo que fazem, pois, o percurso até alcançarem esse objetivo é bastante complexo e moroso, uma espécie de processo de seleção natural, tendo em conta que só acabam a formação aqueles que realmente querem trabalhar nesta área.

A satisfação no desempenho enquanto enfermeiros do pré-hospitalar relaciona-se intimamente com a realização profissional destes, assim, é fundamental que estes sejam autocríticos para que consigam aperfeiçoar o seu cuidar focando-se nos pontos fulcrais.

No contexto pré-hospitalar não tive a oportunidade de avaliar e monitorizar a dor dos doentes aos quais foram prestados cuidados.

Realizei um jornal de aprendizagem acerca da prestação de cuidados na emergência pré-hospitalar, mais especificamente na VMER. Este documento não se baseou num caso clínico específico, mas sim numa reflexão global acerca do cuidar especializado de enfermagem na emergência pré-hospitalar e da forma como este contribuí para a melhoria dos cuidados prestados à população.

Resultados: As atividades realizadas durante o estágio e descritas anteriormente, contribuíram para a continuação do desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (ESEL, 2010).

A prestação de cuidados nos diversos setores do SU permitiu fortalecer a minha autonomia na identificação e resposta precoce a focos de instabilidade, executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica, demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida, diagnosticar precocemente complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos e implementar respostas apropriadas às complicações (Regulamento n.º 124/2011, de 18 fevereiro).

Tendo em conta que realizei a maioria dos turnos na sala de emergência, pude ainda demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da reanimação, como em situações de paragem cardiorrespiratória ou peri-paragem, mobilizando os saberes obtidos nas Unidades Curriculares de Suporte Avançado de Vida e Suporte Avançado de Vida em Trauma.

Considero ainda ter desenvolvido competências na identificação das necessidades ao nível do bem-estar físico, psicosocial e espiritual da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro), tentando encontrar um equilíbrio entre a necessidade de utilização de intervenções causadoras de desconforto e a satisfação das necessidades promotoras de conforto.

Os turnos que realizei com o enfermeiro chefe de equipa permitiram-me desenvolver competências na área da liderança e da gestão dos recursos e adaptação dos mesmos às situações (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro). Por outro lado, apesar de terem sido turnos de observação considero que desenvolvi aprendizagens no âmbito da organização e coordenação da equipa de prestação de cuidados, no reconhecimento e compreensão dos distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa e na promoção de um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados (Regulamento n.º 122/2011 de 18 fevereiro).

As atividades que realizei foram em colaboração com a equipa multidisciplinar, tanto na gestão dos cuidados em parceria com a equipa de enfermagem, como na articulação com os restantes profissionais de saúde, tendo como objetivo principal a prática de cuidados individualizada, respeitando a confidencialidade, privacidade e autodeterminação do doente e sua família (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

Considero que só um enfermeiro com competências acrescidas pode desempenhar o papel de enfermeiro gestor de equipa com sucesso, nomeadamente, competências como as que estão descritas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mas que ainda assim são insuficientes. É essencial que o enfermeiro gestor conheça a sua equipa e o seu serviço bem como os recursos que tem disponíveis.

Para Benner (2001), só as enfermeiras peritas serão capazes de exercer estas funções, funcionando estas como chefes de orquestras em situações complexas, enfrentado todas as frentes, respondendo a todas as necessidades.

A distribuição da equipa e a sua redistribuição quando foi necessário, permitiu-me desenvolver competências de otimização da resposta da equipa de enfermagem e fomentação do trabalho de equipa (ESEL, 2010).

Os turnos que realizei na VMER fizeram-me refletir acerca de alguns temas relacionados com o trabalho dos enfermeiros em ambiente pré-hospitalar. Inevitavelmente, a avaliação primária do doente tem enfoque sobre as alterações no estado de saúde da pessoa que acarretam risco para a sua vida, no entanto, deve ser aferido conjuntamente as necessidades individuais da pessoa bem como da família. Por vezes estão também em causa contingências ambientais e/ou socioeconómicas que influenciam o bem-estar dessas pessoas, como a reestruturação familiar e adoção de novos papéis no núcleo familiar, as sensações experienciadas pela pessoa como o frio e/ou calor, a ansiedade, a tristeza, o medo e o cansaço. Estas necessidades devem também estar no foco das intervenções de enfermagem que permitem o cuidar complexo individualizado e centrado na pessoa (Bleich, 2011).

Através da realização do jornal de aprendizagem foi-me permitido desenvolver competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, mais propriamente no desenvolvimento do autoconhecimento (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

Objetivo 2 – Desenvolver competências especializadas de enfermagem na intervenção diferenciada da dor aguda na PSC

A dor é a causa mais frequente de admissão no serviço de urgência, sendo o principal problema no controlo dos sintomas a oligoanaleisia (Mura et al., 2017).

Em 2017, foi realizado um estudo observacional durante quatro semanas no qual participaram cerca de 2900 doentes. O objetivo do estudo foi avaliar a dor no momento da triagem e após 30 e 60 minutos da implementação de terapêutica analgésica. Os autores concluíram que 70,7% dos doentes permaneciam com dor (Mura et al., 2017). Este estudo vai ao encontro da realidade do SU onde realizei estágio.

O Sistema de Triagem de Manchester tem uma grande preocupação com a dor, pois na maioria dos discriminadores é obrigatório avaliar a dor do doente. As queixas de dor podem ser avaliadas como queixa principal em fluxogramas específicos (como os fluxogramas de dor abdominal, cefaleia e dor torácica) ou como queixas secundárias, mediante a utilização de uma régua da dor que ajuda a simplificar a sua

avaliação. A régua da dor integra os conceitos da Escala Numérica, da Escala Verbal e da Escala Visual Analógica e é classificada de zero (sem dor) a dez (pior dor sentida/dor máxima). A cada número da régua corresponde uma classificação da dor e uma prioridade, ou seja, existe uma indexação da intensidade da dor à prioridade clínica atribuída. Assim, na maioria dos casos, um doente sem dor (0) ou com dor ligeira (1 a 4) é atribuída a cor verde, ao doente com dor moderada (5 a 7) a cor amarela e ao doente com dor severa (8 a 10) a cor laranja. Existem duas exceções a esta classificação, a dor pleurítica, classificada como urgente (amarela) e a dor precordial, à qual é atribuída prioridade muito urgente (laranja).

Conforme foi referido anteriormente, para a classificação da dor é utilizada uma escala de autoavaliação da dor, não existindo uma escala adaptada aos doentes que não são capazes de comunicar.

Na maioria das vezes constatei que quem faz a avaliação da dor durante o momento da triagem é o enfermeiro triador e não o doente conforme é preconizado na utilização da Escala Numérica. Quando questionei o enfermeiro orientador acerca desta prática, este referiu-me que sendo este um dado de avaliação obrigatória na triagem e que, por si só, pode definir uma prioridade mais alta, os doentes caem na tentação de aumentar a sua dor na tentativa de encurtar o tempo de espera, o que contribui para um aumento significativo de prioridades de cor laranja.

No entanto, na minha ótica, a dor deve ser registada exatamente como é descrita pelo doente. Conforme refere Puntillo (2003), a heteroavaliação da dor por parte dos enfermeiros é consistentemente mais baixa, do que a autoavaliação que os doentes fazem da sua dor. Por outro lado, o mesmo autor refere que as doses de fármacos analgésicos administrada se correlacionam com a avaliação realizada pelos enfermeiros, em vez da avaliação realizada pelos doentes. Assim, a heteroavaliação da dor em doentes capazes de comunicar pode revelar uma sobrevalorização da dor ou pelo contrário, uma subvalorização traduzindo-se numa dor subtratada. Por outro lado, Lanfrit et al. (2017) considera que a sobrelotação constante do SU, frequentemente leva a longos períodos de espera, especialmente se for atribuída uma cor com baixa prioridade de atendimento, que se traduz na falta de oportunidade na avaliação e tratamento da dor.

No sentido de aliviar o desconforto do doente, promovendo a melhoria do seu bem-estar até à observação, realizei, juntamente com o enfermeiro orientador e o enfermeiro coordenador do serviço, o procedimento de administração de paracetamol na triagem para doente com hipertermia ou dor (score ≥ 5) (apêndice VI). Este documento tem como objetivo uniformizar o procedimento de administração de paracetamol na triagem de adultos e destinava-se a ser aplicado no período compreendido entre a triagem e a primeira observação médica, de forma a diminuir o desconforto do doente e aumentar a sua satisfação. Um estudo realizado por Lanfrit et al. (2017), demonstrou que a administração de analgesia na triagem diminui dois pontos na escala de avaliação da dor e aumenta significativamente a satisfação do doente.

Pude constatar que nos restantes setores do SU a monitorização da dor é realizada no primeiro contato com o doente e registada em processo clínico através do sistema CIPE, no entanto, a sua reavaliação é escassa e insuficiente. Sendo que na maioria dos doentes não foram registadas as intervenções realizadas e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, ou seja, a reavaliação da dor.

Quando questionado o enfermeiro orientador sobre o porquê de não haver este registo, ele refere que efetivamente a avaliação da dor é realizada, mas não é registada. Conforme refere o Código Deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (artigo 104º, d)), por outro lado, a entidade que acredita o hospital refere que a avaliação da dor deve ser registada de forma a que facilite a reavaliação regular e o acompanhamento de acordo com os critérios desenvolvidos pelo hospital e pelas necessidades do doente (Joint Commission International, 2014). Desta forma, procedi sempre ao registo da intensidade da dor no sistema informático e registei todos os procedimentos que realizei para a gestão da dor. Tive ainda uma preocupação acrescida em reavaliar e registar a dor após as intervenções realizadas no sentido de verificar a sua eficácia.

Tendo em conta a evidência existente acerca deste tema, tentei realizar formação não-formal aos enfermeiros acerca da importância do registo da avaliação e reavaliação da dor, bem como das intervenções realizadas para o seu controlo.

No SU as intervenções mais utilizadas para o controlo da dor são os protocolos farmacológicos sendo que, os fármacos mais utilizados variam entre os analgésicos, como o paracetamol e o metamizol de magnésio e os anti-inflamatórios não esteroides, como o diclofenac. São também utilizados fármacos opioides, mas com maior precaução pelos seus efeitos secundários. A correta gestão da dor aguda assume um papel fundamental, especialmente na PSC, isto porque, a analgesia eficaz permite uma melhoria da função pulmonar, a mobilização precoce e a diminuição dos níveis de catecolaminas plasmáticas e do consumo de oxigénio do miocárdio, previne o aumento das hormonas contrarreguladoras minimizando a resistência à insulina e limita o catabolismo de proteínas e hiperglicemias. Por outro lado, o correto tratamento da dor aguda diminuiu a possibilidade do desenvolvimento de dor crónica (De Pinto et al., 2015).

As intervenções não-farmacológicas são menos utilizadas em contexto de SU. Em conversa com os enfermeiros do serviço constatei que são utilizadas algumas intervenções, no entanto estas não são descritas no processo clínico do doente o que dificulta a perceção de que são aplicadas. As intervenções mais descritas são: as massagens, o posicionamento e as técnicas de distração. Apesar de ainda não haver muita evidência científica acerca da eficácia da utilização de intervenções não-farmacológicas no alívio da dor no serviço de urgência, uma meta-análise realizada em 2018 revelou que as intervenções não-farmacológicas são frequentemente eficazes na redução da dor no SU (Sakamoto, Ward, Vissoci & Eucker, 2018).

Resultados: O desenvolvimento das atividades para dar resposta ao objetivo proposto permitiu manter o meu progresso na competência da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC otimizando respostas, nomeadamente, na identificação das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, na demonstração de conhecimentos sobre o bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa, na gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e no conhecimento e habilidade na utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento n.º 124/2011, de 18 fevereiro).

A realização do protocolo de administração de paracetamol na triagem, permitiu-me mobilizar com rigor dados obtidos da evidência científica (ESEL, 2010),

com o objetivo principal de aumentar o conforto e bem-estar do doente (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

Após verificar a existência de uma lacuna no registo da avaliação da dor no sistema informático, selecionei fontes de informação relevantes para o tema (ESEL, 2010) e atuei como formador oportuno em contexto de trabalho, alertando os colegas para a importância dos registos na continuidade dos cuidados, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem e tomando a iniciativa na análise de situações clínicas com que me foi deparando (Regulamento n.º 122/2011 de 18 fevereiro).

Objetivo 3 - Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros na área da dor

A otimização das experiências que os serviços de saúde oferecem, aumentam o potencial de aprendizagem dos profissionais promovendo o envolvimento destes, capacitando-os para melhor responderem a desafios futuros (Billet, 2016).

Com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros e de divulgar dados científicos acerca da utilização de analgesia loco-regional na PSC, realizei uma sessão de formação para todos os enfermeiros do SU. A escolha do tema foi realizada em conjunto com o enfermeiro orientador e o enfermeiro chefe de serviço. Na incerteza de que seria um tema de interesse para a maioria dos enfermeiros, fui conversando com os elementos do serviço no sentido de ouvir as diversas opiniões. De uma maneira geral, considero que todos os enfermeiros se mostraram interessados em receber formação acerca deste tema.

A sessão de formação foi realizada em duas datas distintas com a intenção de ter um maior número de assistentes. A divulgação da formação foi feita através de cartazes que foram afixados em vários locais no serviço e através das redes sociais.

Foi realizado um plano de formação (apêndice VII) e construído uma apresentação em PowerPoint que foi projetada no dia da formação. No primeiro dia assistiram 15 enfermeiros e no segundo dia assistiram 11 enfermeiros.

Os principais objetivos da sessão foram: analisar a importância da problemática da dor aguda na PSC; nomear técnicas de controlo da dor utilizadas na PSC e

identificar intervenções de enfermagem a doentes submetidos a técnicas de analgesia regional.

Assim, foram apresentados alguns estudos para enquadrar e analisar a problemática da dor no SU, nomeadamente o de Calil (2008) que refere que a dor é uma das principais queixas de entrada em serviços de urgência, seja a sua origem médica ou cirúrgica e, quando relacionada ao trauma, a sua ocorrência é de 90%, sendo as dores de intensidade moderada e forte as mais comuns. Já Knox et al. (2007) realizaram um estudo multicêntrico que revelou que em 34% dos doentes, a intensidade da dor não se alterou durante a visita ao SU e em 7% a intensidade da dor até aumentou. Por fim, Boyle et al. (2004) concluíram que na PSC a dor aguda inadequadamente tratada pode evoluir para dor crónica comprometendo seriamente a qualidade de vida do doente.

Foram enumerados os vários tipos de analgesia loco-regional existentes, o material necessário para a sua realização e quais os fármacos que normalmente se utilizam. Foi ainda apresentado um caso clínico de utilização de bloqueio subaracnoideu em ambiente pré-hospitalar.

A opinião dos enfermeiros que assistiram à sessão dividiu-se entre os que consideraram a formação interessante, referindo que desconheciam a utilização destas técnicas fora do ambiente de bloco operatório, mas que reconheciam o benefício que traz para a PSC e os que consideraram que a formação não trouxe nenhum benefício para a sua prática diária porque consideraram que nunca irão aplicar estas técnicas no SU.

Ainda assim, todos referiram ser de extrema importância a realização de formações em serviço. Ficou enfatizado a necessidade de os enfermeiros registarem as suas práticas, uma vez que se constatou que esta realidade tinha algumas deficiências.

Demonstraram interesse numa nova sessão que abordasse a questão da avaliação e registo da dor.

Resultados: Considero que a realização desta sessão de formação foi uma mais valia para o desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens profissionais. Se por um lado, atuei como formador em contexto de trabalho através do diagnóstico de necessidades formativas no serviço, por outro lado, utilizei os

conhecimentos adquiridos através da evidência científica para a divulgação de novos saberes que contribuem para o desenvolvimento de enfermagem (Regulamento n.º 122/2011, de 18 fevereiro).

A constatação de que o tema da formação não foi ao encontro das necessidades de alguns enfermeiros, levou-me a refletir sobre o sentido das afirmações do outro, obtendo uma consciência crítica para o problema (ESEL, 2010), estando certa de que numa próxima vez tentarei escolher um tema mais enquadrado com a realidade diária dos enfermeiros do SU e ajustado às suas necessidades.

Por fim, considero que transmiti a informação de forma prática e rápida, utilizando uma comunicação clara e sem ambiguidade (Direção-Geral do Ensino Superior, 2013). Esta informação é confirmada nas folhas de avaliação da sessão preenchidas pelos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente trabalho foi fundamental para o desenvolvimento do meu estágio, permitindo-me organizar os conceitos relativos ao tema em estudo, de forma a dar resposta ao desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem.

Conforme refere Benner (2001), uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem. Para a autora, a ciência de enfermagem tem muito a ganhar quando os enfermeiros fazem os seus julgamentos clínicos e descrevem ou documentam as observações, os seus comportamentos tipo, os casos paradigmáticos, as máximas e as mudanças que vão emergindo da sua prática.

A prestação de cuidados à PSC exige observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento no 124/2011, de 18 fevereiro). É por isso essencial que os enfermeiros procurem a excelência do seu exercício, garantindo uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas (OE, 2015).

Considero que durante o tempo de estágio obtive momentos relevantes de formação, onde o desenvolvimento da prática foi sustentado na evidência científica, permitindo-me adquirir conhecimento e desenvolver competências no domínio comum e específico da área da PSC, com a intenção de desenvolver o exercício de uma enfermagem de excelência.

De destacar o desenvolvimento de competências na área do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, tendo baseado a minha prática no respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais; a realização de uma gestão adequada dos cuidados, tentando otimizar a resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional; a mobilização adequada dos saberes baseando a minha práxis clínica em sólidos e válidos padrões de

conhecimento; na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, antecipando focos de instabilidade; na promoção de um ambiente físico, psicoespiritual e social gerador de segurança e conforto para o doente e sua família e realização da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da PSC, otimizando as respostas (Regulamento no 124/2011, de 18 fevereiro).

O meu percurso formativo orientou-se por uma constante pesquisa de literatura que me permitiu ter acesso ao estado de arte, não só da gestão da dor aguda, mas também dos temas referentes à PSC. Destaco a elaboração de documentos de reflexão acerca de uma situação vivenciada durante o estágio, a elaboração de um estudo de caso, a realização de uma comunicação oral nas jornadas do Doente Crítico 2017, bem como a participação em jornadas centradas na gestão da dor aguda e crónica.

Na realidade, o meu objetivo principal durante o estágio foi o de contribuir para o conforto e bem-estar do doente através da gestão da dor aguda. Sendo a dor um sintoma complexo, experimentado por todos os seres humanos mais cedo ou mais tarde ao longo da vida, este faz parte dos focos da CIPE e é reconhecida pela OE como um dos focos do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (OE, 2008).

A dor aguda na PSC apesar de ser um tema bastante estudado, continua a ser um foco de preocupação dos profissionais de saúde, pois conforme foi referido durante o trabalho as consequências físicas e psicológicas da experiência da dor não tratada são significativas e duradouras ou mesmo deletérias. Assim, a prevenção da dor é mais eficaz que o tratamento da dor já estabelecida (Ferreira et al., 2014).

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da pessoa com dor, por esse fato tem a oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da dor, dando visibilidade às suas ações autónomas e /ou interdependentes que promovem o conforto e alívio da dor. Conforme refere a OE (2008), o controlo eficaz da dor é uma responsabilidade profissional que oferece a oportunidade única de assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros e a sua relevância nas políticas de custo-eficácia e no sistema de saúde.

Tendo a promoção do conforto ao doente através do controlo da dor como premissa, foi adotada a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba (1993) para orientar o meu percurso. A autora considera que o conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. Na realidade, só o controlo e a ausência de dor podem ser considerados sinónimos de conforto (Apóstolo, 2009).

Durante a elaboração deste relatório, tentei retratar as vivências proporcionadas pelos serviços por onde passei fazendo uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, sempre com base nos objetivos por mim traçados. Foi um percurso difícil, com momentos de ânimo e desânimo e onde as principais dificuldades sentidas se prenderam com a gestão de tempo para dar resposta aos objetivos propostos.

Considero que a possibilidade de desenvolver este percurso traduziu-se em crescimento pessoal e profissional, resultando numa maior maturidade e reconhecimento de uma prática reflexiva como aspeto fulcral para uma intervenção especializada de enfermagem.

Pretendo que as competências que adquiri durante o meu percurso e que descrevi neste documento, sejam um contributo para a intervenção especializada de enfermagem na área da intervenção da dor aguda, considerando que a formação dos pares é um ponto essencial ao desenvolvimento deste tema. Considero ainda, que este relatório pode servir para a divulgação de conhecimentos relacionados com a intervenção especializada de enfermagem na gestão da dor aguda na PSC, bem como incentivo para a realização de novos trabalhos acerca deste tema.

Como perspetivas futuras pretendo, através das competências adquiridas, realizar um trabalho de investigação acerca da perceção dos enfermeiros sobre a avaliação, registo e monitorização da dor e propor no meu local de trabalho a implementação de uma unidade de dor aguda, que tenha como objetivos: a organização de serviços em que o nível de cuidados e monitorização são apropriados às condições clínicas do doente, assim como as técnicas envolvidas no tratamento da dor aguda e a promoção da formação dos enfermeiros e outros profissionais envolvidos no tratamento da dor aguda.

Reconheço que o fim deste percurso académico pode ser o impulsionador para o desenvolvimento de trabalhos de investigação na área da dor. Conforme refere Benner (2001), não é o fim, é só um princípio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Apfelbaum, J., Chen, C., Mehta, S., & Gan, T. (2014). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion*, 30, 149–60.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 2.º serie(9), 61–67.
- Araújo, D. D. de, Almeida, N. G., Silva, P. M. A., Ribeiro, N. S., Werli-Alvarenga, A., & Chianca, T. C. M. (2016). Prediction of risk and incidence of dry eye in critical patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0897.2689>
- Ardigo, S., Herrmann, F. R., Moret, V., Déramé, L., Giannelli, S., Gold, G., & Pautex, S. (2016). Hypnosis can reduce pain in hospitalized older patients: A randomized controlled study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 4–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0180-y>
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., G??linas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: Executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(1), 53–58. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Barros, M. E. (2015). *Monitorização e Gestão da Dor na UCPA*. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*. 13(2), 11-18.
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor. Manual de Estudo (Vol. 1)*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Batalha, L. M., Reis, G. M. R., Costa, P. S. C., Carvalho, M. D. R., & Miguens, a. P. M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face , Legs , Activity , Cry , Consolability (FLACC) em crianças.
-

Revista Referência, 10, 7–14. Acedido em 20/07/2018. Disponível em file:///C:/Users/Asus/Downloads/Revista_Referencia_RII0832.pdf

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto
- Bergstrom, A., Hakansson, A., Warren, M., & Bjersa, K. (2016). Comfort Theory in Practice-Nurse Anesthetists' Comfort Measures and Interventions in a Preoperative Context. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 7(4) 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.07.004>
- Billet, S. (2016). Learning through health care work: premises, contributions and practices. *Medical Education*, 50(1), 124–131.
- Bleich, M. (2011). Providing Nursing Care in a Complex Health Care Environment. In *Nursing, Caring and Complexity Science - For Human- Environment Well-Being*. New York: Springer Publishing Company. 253-261.
- Boyle, M., Murgo, M., Adamson, H., Gill, J., Elliott, D., & Crawford, M. (2004). The effect of chronic pain on health related quality of life amongst intensive care survivors. *Australian Critical Care*, 17(3), 104–113.
- Branco, P., Martelo, D., Constantino, H., Lopes, M., José, R., Tomás, R., & Carvalho, T. (2005). *Temas de Reabilitação - Agentes Físicos*. (Mededing - Edições e Desing de Comunicação, Ed.).
- Calil, A. M. (2008). Avaliação da dor e analgesia no atendimento pré-hospitalar em pacientes de trauma. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(2), 308-313. Acedido em 20/07/2018. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5596>
- Campos, L. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Campos, D., Kimiko, R., Oliveira, L. De, Lannes, C., Dórea, I., & Jun, E. (2016). Dor crónica persistente pós-operatória: o que sabemos sobre prevenção, fatores de risco e tratamento? *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 66(5), 505–512. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2014.12.002>
- Canzian, S., Glenn, M., Henn, R., Howard, J., Koestner, A., & Seislove, E. (2013). *Advanced Trauma Care for Nurses*. Society of Trauma Nurses.
- Caseiro, J. M. (2008). Dor aguda Não-Cirúrgica. *Dor Aguda*, 16(1), 7–11.
-

-
- Cerullo, J., & Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000100019>
- Chou, R., Gordon, D. B., De Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu, C. L. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive commi. *Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Coelho, F. (2017). *Liderança em enfermagem e o burnout nos enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência - relatório CRRNEU. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido em 03/05/2018. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>
- Costa, P., Garcia, A., & Toledo, V. (2014). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Contexto Enferm*, 25(1), 1–7.
- Courtenay, M., Nancarrow, S., & Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>
- Cyna, A.M., McAuliffe, G.L, Andrew, M.I.(2004). Hypnosis for pain relief in labor and childbirth: a systematic review. *British Journal Anaesthesia*, 94(4), 505-511. <https://doi.org/10.1093/bja/aeh225>
- De Pinto, M., Dagal, A., O'Donnell, B., Stogicza, A., Chiu, S., & Edwards, W. T. (2015). Regional anesthesia for management of acute pain in the intensive care unit. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 5(3), 138–43. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.164917>
- De Sanatana, J., Walsh, D., Vance, C., Rakel, B., & Sluka, K. (2008). Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Treatment of Hyperalgesia and Pain. *National Institutes of Health*, 10(6), 1–12. <https://doi.org/10.1002/ar.20849.3D>
- Demaerschalk, B. M., Kleindorfer, D. O., Adeoye, O. M., Demchuk, A. M., Fugate, J. E.,
-

Grotta, J. C., ... Smith, E. E. Scientific Rationale for the Inclusion and Exclusion Criteria for Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke: A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 47(2), 581–641.
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000086>

Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Lisboa: Direção-Geral do Ensino Superior.

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa No 09/DGCGA-Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2012a). *Circular Normativa N.º003/2012-Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma no019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Norma no021/2015 - “Feixe de de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Norma no022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com Cateter Venoso Central (Vol. 2015)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Despacho no 10319/2014 de 11 agosto (2014). Características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de Responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de Pontos de Rede de Urgência. *Diário da República II Série*, No 153 (11-08-2014) 20673–20678.

Doran, D. (2002). *Nursing Outcomes*. (2ª edição). Sudbury: Jones & Bartlett Learning

Duffy, J. (2009). *Quality Caring in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC No NCE/09/01932*. Lisboa: ESEL.

European Pain Federation (2016). Health Policy needs to prioritise chronic pain. In *Sociatal Impact of Pain Symposium 2016*. Bruxelas. 24/Maio/2016. Acedido em 02/05/2018. Disponível em <https://www.europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2016/06/SIP-2016-EFIC-ReleaseV2-RED.pdf>

European Resuscitation Council. (2015). *Suporte Avançado de Vida (7ª Edição)*. European Resuscitation Council.

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica Hospital Prof Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17–20.

Franklin, B. D., O'Grady, K., Donyai, P., Jacklin, A., & Barber, N. (2007). The impact of a closed-loop electronic prescribing and administration system on prescribing errors, administration errors and staff time: A before-and-after study. *Quality and Safety in Health Care*, 16(4), 279–284. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.019497>

Gélinas, C., Arbour, C., Michaud, C., Robar, L., & Côté, J. (2013). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 307–318. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x>

Godinho, N. (2017). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências e Citações*. Lisboa: ESEL.

Gohn, M. (2016). Educação Não Formal nas Instituições Sociais. *Revista Pedagógica*, 18(39), 59–75.

Gonsalkorale, W., Miller, V., Afzal, A., & Whorwell, P. (2003). Long term benefits of

hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*, 52, 1623–1629.

Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care (London, England)*, 9(2), 96–109. <https://doi.org/10.1186/cc3026>

Guedes, L., Rebelo, H., Oliveira, R., & Neves, A. (2012). Analgesia Regional em Cuidados Intensivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(5), 1–6.

International Association for the Study of Pain. (2011). Classification of Chronic Pain (2th edition). [s.l.]. International Association for the Study of Pain. Acedido em 02/05/2018. Disponível em https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf

Henriques, E., Gaspar, F. (2010). Eficácia de um Programa de Enfermagem na Gestão de Sintomas e na Adesão À Terapêutica Anti-retrovírica da Pessoa Adulta com Infecção VIH/SIDA. *Pensar em Enfermagem*, 14(2), 30-38.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2014). *Operacionalização do Programa de Colheita de Órgãos Dadores em Paragem CardioCirculatória*. Ministério da Saúde.

Joint Commission International. (2014). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais* (5^a Edição). Illinois. Joint Commission Resources.

Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Akhtar-Danesh, N., Brazil, K., Donald, F., Martin-Misener, R., ... Dolovich, L. (2016). The effectiveness of a nurse practitioner-led pain management team in long-term care: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.022>

Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Elsevier

Knox, T., Ducharme, J., Choiniere, M., Crandall, C., Fosnocht, D., Homel, P., & Tanabe, P. (2007). Pain in the Emergency Department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *The Journal of Pain*, 8(6), 460-466.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Confort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*,

19, 1178–1184.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer Publishing Company.
- Lanfrit, R., Chittaro, S., Compagni, S. D., Russo, D. Del, & Mancusi, R. L. (2017). Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *Journal of Pain Research*, 10, 2479–2488.
- Locsin, R. C. (2017). The Co-Existence of Technology and Caring in the Theory of Technological Competency as Caring in Nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64(6), 160–164. <https://doi.org/10.2152/jmi.64.160>
- Lopes, J. M. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Porto. Permanyer Portugal. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962008000600012>
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5(1). Acedido a 14/11/2018. Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume5-person-centredness-suppl/article1>.
- 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. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1611>
- McMillan, K., Glaser, D., & Radovich, P. (2018). The Effect of Massage on Pain and Anxiety in Hospitalized Patients: An Observational Study. *Medsurg Nursing*, 27(1), 14–19. Acedido a 03/05/2018. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=128049901&site=ehost-live>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, 150(3699), 971–979.
- Morton, P., & Fontaine, D. (2013). *Essentials of Critical Care Nursing - A Holistic Approach*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mura, P., Serra, E., Marinangeli, F., Patti, S., Musu, M., Piras, I., ... Finco, G. (2017). Prospective study on prevalence, intensity, type, and therapy of acute pain in a second-level urban emergency department. *Journal of Pain Research*, 10, 2781-
-

2787. <https://doi.org/10.2147/JPR.S137992>

- Nightingale, F. (2005). *Notas Sobre Enfermagem*. Loures. Lusociência.
- Oliveira, C.; Lopes, M. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 67–74.
- Oliveira, A. R. D. S., Carvalho, E. C. de, & Rossi, L. A. (2015). Dos Princípios da Prática à Classificação dos Resultados de Enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(1), 986-992. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.22034>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 02/05/2018. Disponível em <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boas Práticas*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 18/07/2018. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 03/05/2018. Disponível em <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Ordem dos enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros Acedido em 02/05/2018. Disponível em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4141954&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102730%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+Business+Case+for+Work+Force+Stability>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 02/05/1985. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf
- Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., & Moreno, R. (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*.
-

-
- Acedido em 18/07/2018. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
- Pereira, M. S. M., & Guedes, H. M. (2017). Relação entre o Sistema de Triage de Manchester em doentes com AVC e o desfecho final. *Revista de Enfermagem Referência*, 13(IV), 93–102. <https://doi.org/10.12707/RIV16079>
- Pires, A. (2007). Reconhecimento e Validação das Aprendizagens Experienciais. Uma Problemática Educativa. *Sísifo - Revista de Ciências de Educação*, 2, 5-20.
- Prayen, J.-F., Chanques, G., Mantz, J., Hercule, C., & Bosson, J.-L. (2007). Current Practices in Sedation and Analgesia for Mechanically Ventilated Critically Ill Patients. *Anesthesiology*, 106(4), 687–695.
- Puntillo, K. (2003). Pain assessment and management in critically ill: Wizardry or Science? *American Journal of Critical Care*, 12(4), 310–316. Acedido em 20/04/2018. Disponível em <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84942456055&partnerID=40&md5=b10840642d455d857214e15977c1c65c>
- Puntillo, K. A., Max, A., Timsit, J. F., Vignoud, L., Chanques, G., Robleda, G., ... Azoulay, E. (2014). Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit: The Europain® study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 189(1), 39–47. <https://doi.org/10.1164/rccm.201306-1174OC>
- Ready, B., Oden, R., Chadwick, H. S., Benedetti, C., Rooke, A., Caplan, R., & Wild, L. (1988). Development of an Anesthesiology-based Postoperative Pain Management Service. *Anesthesiology*, 68, 100–106.
- Regulamento no 122/2011 de 18 fevereiro. Competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República n.º35, 2ª Série* - 18 de fevereiro (2011). Lisboa, Portugal.
- Regulamento no 124/2011 de 18 de fevereiro. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República n.º 35, 2ª Série* - 18 de fevereiro de 2011 (2011). Lisboa, Portugal.
- Riche, G. A., & Alto, R. M. (2001). As organizações que aprendem, segundo Peter Senge: “A Quinta Disciplina.” *Cadernos Discentes COPPEAD*, 9, 36–55.
- Sá, F., Botelho, M. A., & Henriques, M. A. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em
-

-
- Situação Crítica : A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, 31–46.
Acedido em 03/05/2018. Disponível em
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
- Sakamoto, J. T., Ward, H. B., Vissoci, J. R., & Eucker, S. (2018). Are Nonpharmacologic Pain Interventions Effective at Reducing Pain in Adult Patients Visiting the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 25(8), 1–18.
- Saraiva, A. (2008). Organização da Dor Aguda do Pós-Operatório. *Dor*, 16,18–22.
- Scopel, E., Alencar, M., & Cruz, R. (2007). Medidas de Avaliação da Dor. *Revista Digital Efdeportes*, 105. Acedido em 20/04/2018. Disponível em
<http://www.efdeportes.com/efd105/medidas-de-avaliacao-da-dor.htm>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações*. [s.l.]: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano nacional de avaliação da dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Sousa, P. P. (2012). *A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar*. Universidade Católica Portuguesa.
- Souza, F. (1997). A dor e o controle do sofrimento. *Revista de Psicofisiologia*, 1(1).
- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales. *Pain Management*, 33(3), 68–78.
- Stone, J. (2010). Moving interprofessional learning forward through formal assessment. *Medical Education*, 44(4), 396–403. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03607.x>
- Teixeira, J., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na Pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Referência*, 10, 135–142. <https://doi.org/10.12707/RIV16026>
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. (5ª Edição). Loures: Lusodidacta
- World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines: on Hand Hygiene in Health Care*. WHO.
<https://pt.glosbe.com/pt/la/conforto>. Acedido a 29/04/2018
<https://rxed.eu/pt/q/Quenza/>. Acedido a 03/05/2018
-

APÉNDICES

**Apêndice I – Sessão de Formação “Analgésia Regional nos Cuidados Intensivos
– Um Olhar de Enfermagem”**

PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Analgesia Regional nos Cuidados Intensivos – Um olhar de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: Analgesia Regional nos Cuidados Intensivos – Um olhar de Enfermagem

Data: dia 21 de novembro às 08h30.

Duração da sessão: 20 minutos.

Local: Gabinete 2, da UCI/UCIP

Destinatários: Enfermeiros de Cuidados Intermédios e Intensivos.

Formador: Ana Sofia Dias

2. OBJETIVOS GERAIS:

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer a importância de uma correta gestão da dor e que benefícios traz para o doente;
- Conhecer algumas técnicas de analgesia regional e quais os cuidados de enfermagem inerentes a estas.

3. PRÉ-REQUISITOS:

- Ser enfermeiro;
-

4. RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL A UTILIZAR:

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Apresentação PowerPoint;

5. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- A história da anestesia/analgesia regional;
- Problemática da dor aguda do doente crítico nos cuidados intensivos;
- Benefícios de uma correta gestão da dor aguda;
- Técnicas de analgesia regional utilizadas em doentes críticos;
- Intervenções de enfermagem a doentes submetidos a técnicas de analgesia regional.

6. METODOLOGIA:

Método Expositivo e o Método Interrogativo;

7. AVALIAÇÃO:

Será aplicado um método de avaliação diagnóstica onde serão colocadas questões orais durante a sessão, tanto acerca da analgesia regional bem como das intervenções de enfermagem. No final da sessão será fornecido um questionário para diagnosticar de que forma a sessão contribuiu para a melhoria dos cuidados dos enfermeiros.

8. ASPETOS A CONSIDERAR

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL	AValiação	TEMPO
(Introdução) Pertinência do Tema	- Método expositivo: Expor a pertinência do tema, com recurso a apresentação em PowerPoint;	- Projetor de vídeo; - Computador; - Apresentação em PowerPoint;	Questões aos participantes	5 min.
(Desenvolvimento) • A problemática da dor aguda do doente crítico nos cuidados intensivos • Técnicas de analgesia regional utilizadas em doentes críticos • Intervenções de enfermagem a doentes submetidos a técnicas de analgesia regional	- Método expositivo /interrogativo; - Apresentação de estudos que abordam a problemática da dor na UCI; - Apresentação de um filme acerca das técnicas de analgesia do neuro-eixo; - Apresentação das intervenções de enfermagem em PowerPoint;	- Projetor de vídeo - Computador - Apresentação em PowerPoint;	Questões aos participantes	15 min.

(Conclusão) Síntese Final com ênfase nos pontos-chave;	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo/interrogativo; - Realização de síntese final com recurso a apresentação em PowerPoint e solicitação da participação dos formandos através da técnica de questionamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Projetor de vídeo; - Computador; - Apresentação em PowerPoint; 	Questões aos participantes	2 + 3 min

9. FOLHA DE REGISTO DE PRESENÇAS



Tema da Sessão: Analgesia Regional nos Cuidados Intensivos – Um olhar de Enfermagem

Formador: Ana Sofia Dias

Data/hora: dia 24 de novembro às 08h30m

Nome do Formando:
1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-

10. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

10.1 Identificação da sessão de formação

Tema: Analgesia Regional nos Cuidados Intensivos – Um olhar de Enfermagem

Formador: Ana Sofia Dias

Data/hora: dia 21 de novembro às 08h30

Para responder ao questionário, utilize uma escala de 1 a 4 – 1: discordo totalmente; 2: discordo; 3: concordo; 4: concordo totalmente.

10.2 Apreciação global

	1	2	3	4
Os objetivos da formação foram claros.				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos.				
A duração da sessão foi adequada.				
O relacionamento entre os participantes e o formador foi positivo.				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados.				

10.3 Avaliação do Impacto da formação

De que modo esta sessão contribuiu para a sua intervenção como enfermeiro neste serviço?

--

10.4 Avaliação do formador

	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto.				
A metodologia utilizada foi adequada.				
A exposição dos assuntos foi clara.				

10.5 Sugestões/críticas

--

Obrigada!

Apêndice II – Certificado de Participação nas Jornadas do Doente Crítico 2017

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Ana Sofia Soeiro Dias

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enfº João Fernandes)

**Apêndice III – Certificado de Comunicação Livre: “Gestão da Dor Aguda na
Pessoa em Situação Crítica nos Cuidados Intensivos – Um Olhar de
Enfermagem” nas Jornadas do Doente Crítico 2017**

DOENTE CRÍTICO '17



4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

Ana Sofia Dias

foi autora da comunicação livre com o título:

“Gestão da dor aguda na pessoa em situação crítica
em unidade de cuidados intensivos, um olhar de
enfermagem”

no evento “Doente Crítico 2017”,

realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enf.º João Fernandes)

**Apêndice IV – Certificado de Participação no *Workshop* de Técnicas
Dialíticas realizado no Congresso do Doente Crítico 2017**

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

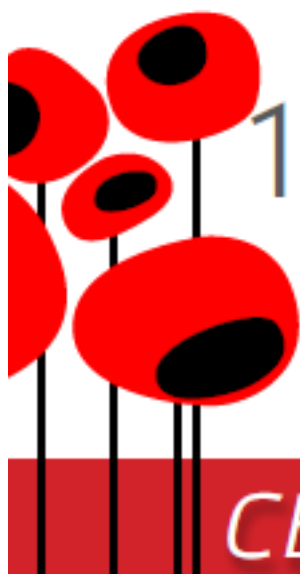
Ana Sofia Soeiro Dias

Participou no Workshop Técnicas Dialíticas,
realizado a 20 de Outubro de 2017
que decorreu no evento Doente Crítico '17

O Presidente da APE

(Enfº João Fernandes)

**Apêndice V – Certificado de Participação no 16.º Convénio da Astor, 25.^a
Jornadas do Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital Garcia de Orta**



16^o CONVÉNIO
ASTOR



25^{as} JORNADAS
DOR



HOSPITAL
GARCIA
DE ORTA

**CENTRO
MULTI
DISCIPLINAR
DE DOR**

CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo (a) Sr.(a)

ANA SOFIA DIAS

*participou no 16^o Convénio da Astor,
25^{as} Jornadas do Centro Multidisciplinar de Dor
do Hospital Garcia de Orta, realizadas no dia
26 de Janeiro de 2018,
na Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade de Lisboa.*

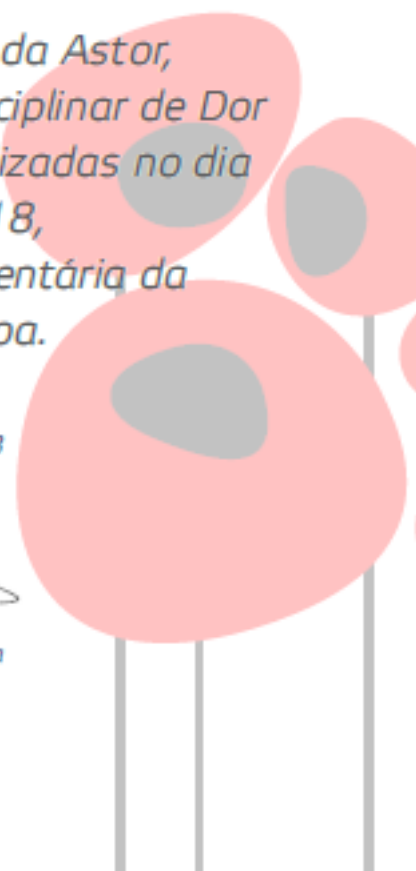
Lisboa, 26 de Janeiro de 2018

A Organização

Dr. Manuel Pedro Ribeiro da Silva

FA CULDADE
DE MEDICINA DENTÁRIA

26|JAN|18
LISBOA



**Apêndice VI – Protocolo Terapêutico - Administração de Paracetamol na
Triagem como Analgesia e/ou Antipirexia**

1. Título

Administração de Paracetamol na Triagem como Analgesia e/ou Antipirexia

2. Meta Internacional de Segurança do Doente

(Transcrição do respetivo padrão do Manual da JCI)

3. Objetivo

Aliviar o desconforto do cliente, promovendo a melhoria do seu bem-estar até à observação médica;

Uniformizar o procedimento de administração de paracetamol na triagem de adultos.

4. Intervenientes

Enfermeiros

5. Definições

Sendo a dor uma experiência multidimensional, tem a capacidade de afetar a pessoa na sua globalidade, assim a abordagem ao doente com dor deve ter em conta os aspetos sensoriais da dor, mas não só, é necessário ter em conta as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.

Nos clientes com idade igual ou superior a 18 anos, a diminuição da temperatura corporal, bem como a redução da dor, são chaves fundamentais para o alívio das queixas e sintomatologia que o trouxeram ao serviço de urgência.

Assim, o protocolo de analgesia / antipirexia destina-se a ser aplicado no período compreendido entre a triagem e a primeira observação médica, de forma a diminuir o desconforto do doente e aumentar a sua satisfação.

6. Procedimento

O enfermeiro deve triar o adulto segundo o programa de Triagem de Manchester e colocar a pulseira da cor atribuída devidamente identificada.

Analgesia

Perante um adulto com dor o enfermeiro triador deve:

- a) Realizar uma pequena entrevista ao adulto de forma a perceber: a intensidade da dor (através da utilização da Escala Numérica da dor, localização, características e se o cliente tomou alguma medicação analgésica).
- b) Consoante os resultados obtidos na avaliação, devem ser adotadas medidas de controlo da dor. Se for obtido um **nível 4 ou mais na Escala Numérica de avaliação da dor**, então deve ser administrado **1 gr. de paracetamol PO**.
- c) Critérios de Exclusão: Alergia conhecida ao paracetamol, automedicação prévia com paracetamol (intervalo mínimo 4 horas), insuficiência hepática grave (cirrose hepática ou hepatite aguda).
- d) Para a administração do paracetamol tem que existir via oral mantida e consentimento do doente.

Antipirexia

Perante um adulto com **febre (temperatura timpânica => 38 °C)**, o enfermeiro deve:

- a) Realizar uma pequena avaliação onde conste: o tempo de evolução das queixas, se tomou algum medicamento para o alívio dos sintomas e se tem mais algum sintoma associado.
 - b) **Administrar 1 gr. de paracetamol PO**, desde que não se tenha automedicado com o mesmo fármaco (intervalo mínimo 4 horas);
-

-
- c) Critérios de Exclusão: Alergia conhecida ao paracetamol, automedicação prévia com paracetamol (intervalo mínimo 4 horas), insuficiência hepática grave (cirrose hepática ou hepatite aguda).
 - d) Para a administração do paracetamol tem que existir via oral mantida e consentimento do doente.

7. Indicadores / Acompanhamento

A administração de Paracetamol na Triagem deve registado no processo clínico do cliente.

8. Referências

- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa No 09/DGCGA-Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Grupo Português de Triagem (2009). *Triagem no Serviço de Urgência (2ª ed.)*. Amadora: Grupo Português de Triagem.
- Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boas Práticas*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 18/01/2018. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20/01/2018. Disponível em <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- www.iasp-pain.org. Acedido em 20/01/2018
-

**Apêndice VII – Sessão de Formação “Gestão da Dor Aguda na Pessoa em
Situação Crítica no Serviço de Urgência – Um Olhar de Enfermagem”**

PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência – Um Olhar de Enfermagem

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO

Tema: Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência – Um Olhar de Enfermagem

Data: Dia 29 de janeiro às 16h30.

Duração da sessão: 20 minutos.

Local: Sala de Formação do Serviço de Urgência

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência

Formador: Ana Sofia Dias

2. OBJETIVOS GERAIS:

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Reconhecer a importância de uma correta gestão da dor e que benefícios traz para o doente;
- Conhecer algumas técnicas de analgesia regional e quais os cuidados de enfermagem inerentes a estas.

3. PRÉ-REQUISITOS:

- Ser enfermeiro;
-

4. RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL A UTILIZAR:

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Apresentação PowerPoint;

5. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:

- Problemática da dor aguda do doente crítico no Serviço de Urgência;
- A Analgesia da Pessoa em Situação Crítica;
- Técnicas de analgesia regional utilizadas em doentes críticos;
- Demonstração de Caso Clínicos;
- Intervenções de enfermagem a doentes submetidos a técnicas de analgesia regional.

6. METODOLOGIA:

Método Expositivo e o método Interrogativo;

7. AVALIAÇÃO:

Será aplicado um método de avaliação diagnóstica onde serão colocadas questões orais durante a sessão, tanto da analgesia regional bem como das intervenções de enfermagem. No final da sessão será fornecido um questionário para diagnosticar de que forma a sessão contribuiu para a melhoria dos cuidados dos enfermeiros.

8. ASPETOS A CONSIDERAR

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL	AVALIAÇÃO	TEMPO
(Introdução) Pertinência do Tema	- Método expositivo: Expor a pertinência do tema, com recurso a apresentação em PowerPoint;	- Projetor de vídeo; - Computador; - Apresentação em PowerPoint;	Questões aos participantes	5 min.
(Desenvolvimento) <ul style="list-style-type: none"> • A problemática da dor aguda do doente crítico nos cuidados intensivos; • Analgesia na Pessoa em Situação Crítica • Caso Clínico • Técnicas de analgesia regional utilizadas em doentes críticos; 	- Método expositivo /interrogativo; - Apresentação de estudos que abordam a problemática da dor no Serviço de Urgência; - Apresentação de Técnicas de Analgesia Regional; - Apresentação de um Caso Clínico;	- Projetor de vídeo; - Computador; - Apresentação em PowerPoint;	Questões aos participantes	15 min.

<ul style="list-style-type: none"> • Contraindicações para a Analgesia Regional; 	<p>Apresentação das contraindicações para a analgesia regional;</p>			
<p>(Conclusão) Síntese Final com ênfase nos pontos-chave;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo/interrogativo; - Realização de síntese final com recurso a apresentação em PowerPoint e participação dos formandos através da técnica de questionamento. 	<p>Projetor de vídeo; Computador; Apresentação em PowerPoint.</p>	<p>Questões aos participantes</p>	<p>2 + 3 min</p>

9. FOLHA DE REGISTO DE PRESENCAS



Tema da Sessão: Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência – Um Olhar de Enfermagem

Formador: Ana Sofia Dias

Data/hora: Dia 29 de janeiro às 16h00m

Nome do Formando:
13-
14-
15-
16-
17-
18-
19-
20-
21-
22-
23-
24-

10. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO



10.1 Identificação da sessão de formação

Tema: Gestão da Dor Aguda na Pessoa em Situação Crítica no Serviço de Urgência – Um Olhar de Enfermagem

Formador: Ana Sofia Dias

Data/hora: Dia 29 de janeiro às 16h00.

Para responder ao questionário, utilize uma escala de 1 a 4 – 1: discordo totalmente; 2: discordo; 3: concordo; 4: concordo totalmente.

10.2 Apreciação global

	1	2	3	4
Os objetivos da formação foram claros.				
Os conteúdos foram adequados aos objetivos.				
A duração da sessão foi adequada.				
O relacionamento entre os participantes e o formador foi positivo.				
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados.				

10.3 Avaliação do Impacto da formação

De que modo esta sessão contribuiu para a sua intervenção como enfermeiro neste serviço?

10.4 Avaliação do formador

	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto.				
A metodologia utilizada foi adequada.				
A exposição dos assuntos foi clara.				

10.5 Sugestões/críticas

Obrigada!
