



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM DIFERENTES CONTEXTOS DE ENFERMAGEM

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Liliana Sofia de Sousa Carvalho

PORTO, ABRIL DE 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM DIFERENTES CONTEXTOS DE ENFERMAGEM

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Liliana Sofia de Sousa Carvalho

Sob orientação do Mestre Amélia Rego

PORTO, ABRIL DE 2012

RESUMO

O Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem como objetivo a aquisição de competências para a prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Assim, tornou-se fundamental a realização de um Estágio que se dividiu em três Módulos que se desenvolveram em Unidade Cuidados Intensivos, em Unidade de Cuidados Intermédios e em Serviço de Urgência.

Neste contexto surgiu o Relatório de Estágio que é um conjunto de informação organizada que pretende refletir, o conhecimento e a aprendizagem resultante ao longo desse período e o contributo específico de cada Módulo de Estágio para o meu desenvolvimento pessoal e profissional bem como para todos os profissionais que me acompanharam neste percurso. A realização deste relatório pretende enunciar e refletir criticamente as competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer do Estágio, refletir sobre a prática do Enfermeiro Especialista, demonstrar o percurso e as atividades executadas na aquisição de competências e cumprir um parâmetro de avaliação.

Procuro assim apresentar o crescimento, desenvolvimento e as aprendizagens efetuadas, demonstrando o caminho percorrido através de pesquisa, das experiências e da análise crítico-reflexiva decorrente do Estágio. Como tal seguiu-se uma metodologia descritiva e reflexiva onde descrevo as competências adquiridas, bem como as atividades delineadas para a concretização das mesmas. O Enfermeiro Especialista desenvolve uma prática cada vez mais competente, através da aquisição de competências no sentido de otimizar os cuidados prestados, como tal é necessário interligar o saber, saber fazer e o saber ser, contemplando acima de tudo os valores pessoais e profissionais e respeitando o doente/família como ser biopsicossocial que é.

Ao longo deste percurso senti dificuldades que foram ultrapassadas com o apoio da Professora Orientadora e dos Tutores. Estas tornaram-se desafios enriquecedores que me permitem afirmar que os ganhos pessoais e profissionais foram imensos, na medida em que conheci realidades diferentes e aprofundei conhecimentos que me possibilitaram adquirir novas competências. A vivência de diferentes realidades permite compreender e aferir necessidades, refletir na prática e reconhecer perspetivas em comum, estabelecendo bases de trabalho que permitam desenvolver a continuidade e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

ABSTRACT

The Specialization in Medical-Surgical Nursing aims to acquire skills to provide patient care in critical condition. Thus, it became critical to conduct an internship that was divided into three modules that were developed in the Intensive Care Unit at Intermediate Care Unit and Urgency Service.

In this context came the Report Stage which is a set of organized information that aims to reflect the resulting knowledge and learning throughout this period and the specific contribution of each Training Module for my personal and professional development as well as all the professionals that I followed this route. The completion of this report is intended to outline and critically reflect skills acquired and developed during the internship, reflecting on the practice of the Nurse Specialist, show the route and the activities performed in skills and meet an assessment parameter.

Seeking well present the growth, development and learning carried out, showing the path through research, experience and analysis of critical-reflexive due to the Stage. As this was followed by a descriptive and reflective methodology which describe the skills acquired, as well as the activities outlined for achieving the same.

The Specialist Nurse develops a care practice more responsible, through the acquisition of skills in order to optimize the care provided, as this is needed to link the knowledge, skills and knowledge to be, considering above all the personal and professional values respecting the patient/family as a biopsychosocial being what it is. Along this route you felt difficulties were overcome with the support of Professor Advisor and Tutors. These became enriching challenges that allow me to say that the gains were huge personal and professional, as I met different realities and deepened knowledge that enabled me to acquire new skills.

The experience of different situations allows us to understand and assess needs, reflect on practice and recognize common perspectives, establishing a working basis in order to develop the continuity and quality of nursing care provided.

AGRADECIMENTOS

À Professora Amélia Rego pela disponibilidade que sempre demonstrou e pelo crescimento pessoal e profissional que me proporcionou.

À minha família, por me terem ensinado que aprender é importante e por me terem influenciado a entrar nesta aventura e por me permitir concretizá-la.

Ao meu querido sobrinho e afilhado pela compreensão demonstrada pela pouca atenção e tempo que inconscientemente lhe dediquei ao longo deste período.

A todos os meus amigos pelos incentivos e pelas sugestões apresentadas ao longo desta caminhada.

MUITO OBRIGADO!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central de Sistemas de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EET - Entubação Endotraqueal

HPH - Hospital Pedro Hispano

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV - Suporte Básico de Vida

SE - Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

ST - Sistema de Triagem

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

VNI - Ventilação Não Invasiva

p. - Página

ÍNDICE

0.	INTRODUÇÃO	13
1.	ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO	17
2.	COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	21
2.1.	Gerir e interpretar informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada	21
2.2.	Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral	21
2.3.	Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica	23
2.4.	Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde detetados	24
2.5.	Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas	25
2.6.	Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada	27
2.7.	Demonstrar nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC	28
2.8.	Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família	29
2.9.	Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família	30
2.10.	Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva profissional avançada	32
2.11.	Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas	33
2.12.	Desenvolver metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente	37
2.13.	Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de	

comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e sua cultura	39
2.14. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar	41
2.15. Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC	42
2.16. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC	43
2.17. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC	44
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ANEXOS

0. INTRODUÇÃO

O 4º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), no seu plano de estudos contempla o Estágio como Unidade Curricular. Este encontra-se dividido em três módulos e torna-se fulcral a realização de um Relatório no final do Estágio. O Relatório de Estágio é um conjunto de informação organizada que pretende refletir, o conhecimento e a aprendizagem resultante da “(...) *reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e reflexão sobre a acção na acção*” (Alarcão e Tavares, 2007, p.35). A reflexão sobre a acção é fundamental para o desenvolvimento quer pessoal quer profissional. Assim o Estágio dividiu-se:

- Módulo I - Serviço de Urgência (SU);
- Módulo II - Cuidados Intensivos;
- Módulo III - Unidade de Cuidados Intermédios.

O objetivo do Estágio retrata algumas das implicações do Processo de Bolonha, em que o aluno é o cerne deste processo. A mudança de paradigma do ensino para aprendizagem assenta no desenvolvimento de competências face aos objetivos de aprendizagem, sendo assim o aluno é o elemento central na sua aprendizagem. Foi meu objetivo adquirir competências científicas, técnicas, humanas e culturais na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, esperando alcançar o que atualmente está definido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Associado ao alcance dessas competências, esteve implícito que a minha postura durante este percurso de Estágio se tenha traduzido na procura constante de conhecimento.

Na prática de cuidados é fundamental a formação em enfermagem e é na aplicação prática dos conhecimentos adquiridos na teoria que se desenvolvem novas competências, “*a competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho*” (Silva, 2008, p.104), sendo assim torna-se fundamental a articulação entre as escolas e os serviços de saúde para o processo formativo em Enfermagem. O processo formativo “ (...) *combina acção, experimentação e reflexão sobre a acção, ou seja reflexão dialogante, sobre o observado e o vivido segundo uma metodologia do aprender a fazer fazendo e*

pensando, que conduz à construção activa do conhecimento gerado na acção e sistematizado pela reflexão” (Alarcão e Tavares, 2007 p.35).

A equipa de saúde em particular o Enfermeiro deve estar desperto para situações, agindo assertivamente, avaliando e diagnosticando a situação ser capaz de estabelecer um plano de ação que permita responder às necessidades do doente e família, facilitando a sua adaptação e promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes.

A aprendizagem é mudança, é a resposta ao processo dinâmico, construtivo, reflexivo, interativo de experiências e atitudes. Esta permite a adquirir e aperfeiçoar conhecimentos e competências, de forma a corresponder uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente, visando a excelência dos cuidados e o consolidar da autonomia. O crescimento implica construir conhecimentos e produzir competências, o que só decorre com a aplicação da teoria na prática. O local de Estágio corresponde a estas necessidades, constituindo por si só uma parte imprescindível deste processo. A escolha do local de estágio resultou da reflexão sobre o meu exercício profissional e da procura em facilitar o crescimento e a articulação entre as minhas obrigações profissionais e académicas de forma a prestar e assegurar cuidados especializados ao doente crítico.

Segundo Alarcão e Tavares (2007, p.50) o desenvolvimento humano envolve incremento, crescimento e a construção de estruturas que, através de um processo dinâmico, dialético e progressivo de interiorização, passam por *schèmes d’action a schèmes* operatórios, é então neste contexto que surge a necessidade de escolha de um local de Estágio na área do doente crítico. A realização do Relatório tem como objetivos:

- Enunciar criticamente as competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer do Estágio;
- Refletir sobre as competências adquiridas e desenvolvidas;
- Refletir sobre a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- Demonstrar o percurso e as atividades executadas na aquisição de competências;
- Cumprir um parâmetro de avaliação.

O seu suporte é efetuado por alguns aspetos que fundamentaram o Projeto de Estágio, de forma a manter o fio condutor e a demonstrar o raciocínio subjacente ao desenvolvimento do mesmo. Utilizando uma metodologia descritiva e reflexiva, apresento as competências e conhecimentos desenvolvidos e adquiridos, com a concretização dos objetivos delineados através das atividades realizadas, que procuram dar resposta aos objetivos inicialmente propostos. Para uma melhor consulta do mesmo e seguindo uma linha lógica e coerente, está dividido em quatro partes de forma a dar visibilidade às competências adquiridas e desenvolvidas, referindo os contributos do Estágio.

- Introdução procura justificar a pertinência da escolha do local do Módulo de Estágio;
- Enquadramento do Estágio, na qual pretendo caracterizar os locais de Estágio e fazer uma pequena abordagem a cada Módulo;
- Competências Adquiridas/Desenvolvidas, na qual explícito as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do Estágio;
- Considerações Finais onde reporto os ganhos obtidos ao longo do Estágio.

O Estágio encontra-se, como referido anteriormente, dividido em três módulos, cada Módulo de Estágio foi tutelado por um Enfermeiro Especialista da área EEMC pertencente a cada serviço e pela Professora Orientadora pertencente à Universidade Católica Portuguesa. A escolha pelo Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica surgiu da necessidade pessoal e profissional de aprofundar conhecimentos na área de prestação de cuidados do doente crítico, uma vez que me encontro a exercer funções nesta área de cuidados. Os diferentes módulos que constituem o Estágio foram realizados em serviços que proporcionaram à Universidade Católica Portuguesa condições para a realização dos mesmos.

A escolha das unidades hospitalares onde decorreu o Estágio deveu-se principalmente ao fato de articular o Estágio com o meu exercício profissional. Assim o Hospital Pedro Hispano (HPH) propiciou-me dois campos de Estágio que se articulam e complementam entre si, Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e a Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP). Trata-se de um Hospital Médico-Cirúrgico que recebe doentes do foro médico e/ou cirúrgico em estado crítico com capacidade para o assistir

nas suas diversas valências, nomeadamente Serviço de Urgência, Bloco Operatório (BO) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). O Módulo de Estágio que contempla o SU foi realizado no Hospital de Valongo, a escolha deste campo de Estágio surgiu da necessidade de aprofundar conhecimentos na área do doente urgente/emergente de forma a conhecer uma realidade diferente da minha área profissional. Estas unidades hospitalares recebem doentes do foro médico e/ou cirúrgico que necessitem de cuidados de saúde diferenciados. No SMI e na UCIP são admitidos doentes provenientes do próprio hospital e de outros hospitais para os quais o hospital serve de referência. Como me encontro num processo de aprendizagem, no que diz respeito ao Curso de Mestrado, é essencial lembrar a responsabilidade acrescida do processo de aprendizagem. Deste modo, torna-se fundamental que se descreva a prática de forma a comparar com a teoria.

1. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

Realizar o Estágio permitiu-me enquanto Enfermeira adquirir, desenvolver e comunicar conhecimentos e competências na área de EEMC. O Enfermeiro Especialista assume um papel importante na garantia da qualidade dos cuidados prestados, assegurando cuidados globais ao doente e à família com conhecimentos técnicos e científicos específicos a cada situação, orientando os colegas, quer de forma direta na prestação de cuidados, quer na formação contínua, assumindo papel pedagógico e de formador, pois o Enfermeiro Especialista segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011, p.8648)

“(...) é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

Esta qualidade dos cuidados será assegurada, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.11-15), quando tivermos em atenção:

- **A satisfação do doente**, tendo em conta as suas capacidades, crenças, valores e os seus projetos de vida em conjunto com os seus familiares;
- **A promoção da saúde**, diagnosticando problemas de saúde do indivíduo/comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, aproveitando o potencial de cada um para a aprendizagem cognitiva e de capacidades;
- **A prevenção de complicações**, identificando problemas potenciais do cliente/família e prescrevendo e implementando com rigor técnico/científico intervenções da competência de enfermagem ou orientar para outros profissionais quando a situação o justificar;
- **O bem-estar e o auto-cuidado**, identificando problemas do cliente e prescrevendo e implementando intervenções do âmbito de enfermagem ou orientando para outros profissionais;
- **A readaptação funcional**, desenvolvendo em conjunto com o cliente processos de adaptação, aproveitando as suas capacidades de aprendizagem,

ensinando, instruindo e treinando, ou assegurando a continuidade de cuidados por outros profissionais para onde o cliente é transferido;

- **A organização dos cuidados de enfermagem**, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Para tal deve existir um quadro de referência para o exercício profissional, sistemas de melhoria contínua da qualidade, uma política de formação contínua dos enfermeiros, preocupação pelas necessidades dos clientes e dos enfermeiros e, também, um sistema de registos de enfermagem.

As competências planeadas permitiram definir o que pretendia alcançar, as atividades definiram a forma como as concretizei. A escolha dos Módulos de Estágio surgiu com a necessidade de assegurar cuidados especializados dentro da realidade onde exerço a minha profissão e com o intuito de aprofundar conhecimentos na área de Cuidados Intensivos, Cardiologia e Urgência, de forma a dar resposta adequada às diferentes áreas que constituem o meu serviço.

O fato de os dois primeiros Módulos de Estágio serem realizados na instituição onde trabalho e estarem de certa forma articulados com o SU, foi um fator determinante para a sua escolha. O último Módulo foi escolhido tendo em conta a necessidade de conhecer a realidade de um Serviço de Urgência Básica (SUB). Os Módulos não foram precedentes entre si, pelo que iniciei o Estágio pelo Módulo II - Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano que decorreu de 27/04/2011 a 25/06/2011. É um departamento multidisciplinar do hospital, onde oferece ao utente o máximo nível de atendimento. Neste serviço encontram-se internados doentes graves do foro patológico médico e/ou cirúrgico, provenientes do próprio hospital e de outros hospitais para os quais o hospital serve de referência. Atendendo à gravidade dos utentes, pode-se afirmar citando Marques (2008, p.6), que as Unidades de Cuidados Intensivos são locais onde se vive

“(...) situações limites (...) entre a vida e a morte onde o sofrimento é uma constante e em que a utilização dos últimos avanços científicos tem uma forte presença, deixam muitas vezes os enfermeiros perante dilemas, de que é exemplo o iniciar ou não determinadas intervenções que poderão constituir uma agressão à dignidade daquela pessoa, cuja solução não se apresenta fácil”.

Seguiu-se o Módulo III - Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do HPH, que decorreu entre 03/10/2011 a 26/11/2011. É um serviço que está vocacionado para o atendimento de doentes do foro patológico médico, mais especificamente ligado a patologias cardíacas e cirúrgicas que necessitem de uma vigilância adequada dada a sua instabilidade. Aqui são admitidos doentes provenientes do próprio hospital e de outros hospitais para os quais o hospital serve de referência. Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.6), as áreas de cuidados intermédios são:

“locais dotados, de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunção de órgão e em risco de falência das funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes, que embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24h dia”.

Por fim, o Módulo I - SU do Hospital de Valongo, que decorreu entre 28/11/2011 a 04/02/2012. Ao Enfermeiro que trabalha no SU, são exigidos um leque variado de conhecimentos e competências de forma a dar resposta às situações complexas que surgem no dia a dia, segundo Marek (2010, p.181) *“ a enfermagem de emergência é uma área muito diversa, multidimensional e especializada da enfermagem profissional. Atravessa todos os grupos etários e inclui cuidados que vão do controlo da doença e prevenção do traumatismo a medidas de reanimação para salvar a vida”.*

O Estágio constituiu para mim, uma oportunidade de conhecer novas realidades, trocar experiências e refletir sobre as práticas que decorreram ao longo do deste período.

2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Como sequência da parte anterior, pretendo enunciar as competências adquiridas bem como as atividades realizadas para as concretizar. Através da concretização destas atividades espero ter adquirido e desenvolvido competências que me façam atuar como Enfermeira Especialista. Faço referência às competências gerais definidas no plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em particular às que selecionei para o Estágio e respetivas atividades.

2.1. Gerir e interpretar informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada

Ao longo do Estágio foi-me permitido desenvolver o meu autoconhecimento e basear a minha prática em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Sendo assim, neste período em que decorreu o Estágio, efetuei pesquisa bibliográfica aprofundada sobre Enfermagem em Unidade de Cuidados Intensivos, em Unidade de Cuidados Intermédios e em Serviço de Urgência no que diz respeito à abordagem do doente crítico, quer através da revisão da matéria lecionada no 1º e 2º semestre do Curso EEMC, quer através da consulta de livros e revistas de forma a manter-me atualizada e informada dos cuidados prestados ao doente crítico. Também tive a oportunidade de passar para a prática conhecimentos já adquiridos no curso de base, bem como da minha experiência profissional, de referir que ao longo do Estágio senti na minha prática profissional uma evolução enquanto Enfermeira, pois permitiu-me em cada campo de Estágio aplicar conhecimentos adquiridos nos Módulos de Estágio anteriores.

2.2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral

Ao longo deste período, tive a oportunidade de interagir com a equipa multidisciplinar dos três campos de Estágio que sempre demonstraram disponibilidade para responder às minhas questões e dúvidas. Estabeleceu-se uma comunicação eficaz com todos os profissionais de saúde, com o doente e família, o que se refletia na prática dos cuidados.

No SMI efetuei pesquisa bibliográfica sobre a avaliação da dor no doente em cuidados intensivos, pois a dor é o 5º sinal vital desde 2003 e é um foco da atenção de enfermagem que é subvalorizado em doentes sedados e ventilados. Desta forma e através da pesquisa bibliográfica surgiu o trabalho sobre a avaliação da dor no doente em cuidados intensivos (ANEXO I), com o objetivo de uniformizar a informação sobre o tema em questão, uma vez que foi detetado no serviço um problema/questão relativa à avaliação da dor, a escala instituída no SMI não se adaptava às características dos doentes internados. Após a realização deste trabalho foi proposta a realização de uma ação de formação para a equipa de enfermagem.

Na UCIP efetuei pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem ao doente com dor no pós-operatório, da qual resultou um trabalho (ANEXO II) com o objetivo de uniformizar as práticas da equipa de enfermagem relativamente ao tema, dando destaque à avaliação da dor e às técnicas analgésicas mais utilizadas. Tive a oportunidade de realizar sessões informais de educação para a saúde para o doente e família sobre ventilação não invasiva (VNI), segundo Marcelino (2008, p.239) VNI é *“um tipo de ventilação em que não existe intubação traqueal. A interface do ventilador com o doente ocorre através de máscara facial, nasal ou por capacete, sendo portanto uma ventilação mais confortável e melhor tolerada pelos doentes”*. Durante este período detetei que nesta unidade se privilegia o uso da máscara facial e grande maioria dos doentes tolera bem a VNI. A preparação do doente para a VNI segue as indicações descritas por Marcelino (2008, p.243):

“A aplicação inicial de VNI implica a preparação do doente, explicando-lhe sumariamente a técnica ventilatória, sendo especialmente importante a aceitação da interface escolhida, uma vez que uma das principais razões de inadaptação dos doentes à VNI resulta da incapacidade de tolerar a máscara escolhida. Esta deve ser do tamanho adequado e deve ser colocada na face, com a pressão adequada para evitar fugas significativas”.

No SU efetuei pesquisa bibliográfica sobre o perfil do Enfermeiro de urgência/emergência, da qual resultou um trabalho (ANEXO III) de forma a descrever as competências do Enfermeiro de urgência/emergência.

Através da descrição das atividades realizadas penso que comuniquei aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

2.3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica

Através da observação da dinâmica dos serviços, isto é da observação das práticas das equipas de enfermagem, foi constatado que, a Dor era um aspeto pouco trabalhado em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011, p.8656) é unidade de competência do Enfermeiro Especialista a “*gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*”. No contexto de UCI, é difícil que o doente avalie ele próprio o seu grau de dor através de escalas numéricas, quer pela sedação, quer pela ventilação mecânica e alterações do nível de consciência. Contudo muitas vezes conseguem exprimir-se por expressões faciais e por vezes movimentos das mãos. Mas quando nada disto é viável é necessário avaliar este sinal vital através de outros indicadores observáveis.

Dor é definida Metzger et al. (2002, p.XV) como “(...) *experiência única, eminentemente subjectiva (...)*”, é um fenómeno comum em UCI e tem repercussões importantes na homeostasia do doente crítico, assim o controlo da Dor assume um papel preponderante na prestação de cuidados. No SMI, por norma, não são avaliadas escalas de dor e de sedação, o que do meu ponto de vista são aspetos importantes e como tal são descurados, pois o objetivo de usar este tipo de escalas é atingir um nível ótimo de sedação e analgesia, contudo como o fazer sem os devidos registos, baseados em escalas validadas, que suportem a prática. Desta forma, detetou-se que as escalas de avaliação da dor e sedação existentes não se adequam aos doentes internados no SMI, como tal achei importante a análise e resolução desta questão/problema, assim foi proposta a realização de dois trabalhos, um deles referente à avaliação da dor no doente de cuidados intensivos e o outro referente às escalas de sedação que não se chegou a concretizar a sua realização por questões de tempo. Face aos indicadores de avaliação referidos o índice de participação em formação foi de 100%.

Na UCIP foi constatado que a Dor é um fenómeno já trabalhado pela equipa de enfermagem, mas com necessidade de aprofundar conhecimentos, principalmente no doente que se encontra no pós-operatório.

No SU, as vias verdes instituídas não funcionam de forma adequada, devido à inexistência de um corpo clínico qualificado para dar seguimento aos doentes em que são ativadas as vias verdes. Para colmatar este problema foi sugerido a realização de formação na área, não foi realizado devido ao fato de neste momento o serviço se encontrar em remodelações estruturais e funcionais. É essencial a formação nesta área pois segundo a Comissão Regional do Doente Crítico (2009, p.24), aos Enfermeiros de Urgência “*é desejável que os Enfermeiros possuam certificação equivalente ou uma Especialidade na vertente do Doente Urgente, obtida através de processo definido internamente pela Ordem dos Enfermeiros*”, sendo assim é recomendado a seguinte formação para os profissionais que efetuam atendimento de primeira linha dos SUB:

- Formação em Suporte Avançado de Vida (SAV);
- Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
- Formação em Emergências Pediátricas (Suporte Imediato de Vida Pediátrico);
- Formação em Transporte de Doentes Críticos;
- Formação em Vias Verdes.

Desenvolvi competências em formular e analisar questões/problema de maior complexidade relacionados com a formação de Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica face aos problemas detetados e na tentativa de dar resposta aos mesmos de forma a melhorar a prática de enfermagem. Em dois Módulos de Estágio fui-me impossibilitado uma intervenção proativa na formação em serviço por reestruturações estruturais e funcionais dos serviços.

2.4. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde detetados

A prestação de cuidados diretos ao doente permite-nos refletir sobre a necessidade de definir prioridades. É de realçar que a arte de cuidar, embora universal, não se aplica nos doentes da mesma forma. Ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença devemos ter em atenção em seguir as fases do processo de

enfermagem (recolha de dados, diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados) de forma a prestarmos cuidados de enfermagem especializados. Ao longo deste período demonstrei espírito crítico e reflexivo perante os problemas de saúde detetados, um dos resultados foram os trabalhos realizados ao longo deste Módulo de Estágio. Participei ativamente nos cuidados prestados aos doentes em todos os Módulos de Estágio desenvolvendo uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, doente e família. Utilizei um discurso adequado nos vários contextos de enfermagem, tendo em consideração a utilização de uma linguagem acessível a todos.

2.5. Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas

Efetuei pesquisa bibliográfica sobre vários aspetos que suscitaram interesse e dúvidas relativamente à prestação de cuidados ao doente crítico. O fato de me ter debruçado no tema da dor nos primeiros dois campos de Estágio, permitiu-me no fim expor o trabalho à equipa de enfermagem do SMI, através de uma ação de formação sobre a avaliação da dor no doente em cuidados intensivos (ANEXO IV).

Dos dez participantes na ação de formação relativa ao tema a avaliação da dor no doente em cuidados intensivos, todos eles participaram na avaliação da mesma através do preenchimento da ficha de avaliação, o que equivale a 100% dos participantes. Do total dos participantes 50% consideraram que os objetivos propostos foram cumpridos de uma forma excelente. Cerca de 40% considerou excelente a metodologia utilizada e a adequação da gestão de recursos. O equipamento informático também foi o adequado uma vez que 40% acharam excelente e muito bom o equipamento utilizado. No que diz respeito à coerência do trabalho apresentado as opiniões dividem-se, 30% considera excelente e 40% muito boa.

A ação de formação foi ao encontro das necessidades dos formandos, uma vez que 70% considerou a ação como muito boa. Dos dez formandos, 50% referem que adquiriram competências a um nível muito bom de forma a ter impacto na atividade profissional. Os conteúdos abordados foram considerados por 60% como muito bons e ao nível do aprofundamento dos temas e da articulação dos conteúdos temáticos, 50%

classificaram como muito bons. Metade dos participantes considerou muito bom o domínio sobre os conteúdos tratados.

Ao nível da linguagem e da adaptação do discurso 60% dos formandos classificou como muito bom. Relativamente ao esclarecimento de dúvidas 50% considerou que o formador excelente. De forma geral a ação de formação foi classificada por 40% muito boa, por 20% excelente, 30% boa e 10% satisfatória. Desta forma, penso que os objetivos propostos para a ação de formação foram concretizados.

No SU debrucei-me sobre o tema o perfil do Enfermeiro de urgência/emergência o que me permitiu no fim do Módulo de Estágio disponibilizar no serviço o trabalho e aprofundar conhecimentos na área, pois vários autores sublinham a importância na profissão de enfermagem de **Saber, Saber Fazer e Saber Ser** contemplando acima de tudo os valores pessoais e profissionais. Pires em 1994 citado por Pontes et al. (2008, p.19) identifica onze competências genéricas principais:

- Espírito de Iniciativa;
- Perseverança;
- Criatividade;
- Sentido de Organização;
- Espírito Crítico;
- Auto-controle;
- Atitude de Liderança;
- Persuasão;
- Auto-confiança;
- Perceção e Interperceção nas Relações Pessoais;
- Preocupação e Solicitudude em Relação aos Outros.

Assim, o Enfermeiro deve adquirir todo um conjunto de competências, privilegiando para tal as situações de trabalho, de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes. Desta forma, cada Enfermeiro do SU possui na generalidade estas competências referidas por Pontes, o que foi constatado através da observação da equipa de enfermagem.

2.6. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva acadêmica avançada

A tomada de decisão e o processo de enfermagem são métodos de análise presentes no dia a dia do Enfermeiro, em que constantemente são defrontados com situações em que têm que agir em detrimento do bem-estar do doente. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001, p.10), “*na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)*”. Quando se identifica um problema no doente/família, é elaborado um plano de intervenção com o objetivo de evitar riscos, detetar problemas potenciais bem como resolver os problemas já identificados. Desta forma demonstrei sempre um espírito crítico e reflexivo que se refletiu na elaboração das reflexões periódicas, dos trabalhos desenvolvidos nos Módulos de Estágio e na elaboração dos Portefólios.

Desenvolvi então competências em avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva acadêmica avançada acompanhando os enfermeiros responsáveis pelos serviços, desta forma considero que a tomada de decisão e o processo de enfermagem são métodos de análise aplicados frequentemente na prática de enfermagem que permitem agir perante situações complexas. Aqui posso realçar as decisões tomadas em contexto de urgência/emergência, neste contexto desenvolvi considerações sobre a reanimação cardiorrespiratória, embora seja uma decisão que é da competência do médico, esta deve ser tomada em consonância com a equipa médica, de enfermagem, família e doente. O doente quando não tem capacidade de decisão, deve ser ouvida a família e esta deve manifestar a vontade do doente. No contexto de emergência prevalece sempre o princípio de beneficência e o da não maleficência e então a ordem é mesmo para reanimar, à exceção:

- Quando o doente tem uma doença terminal;
- Quando o doente tem consigo uma diretiva antecipada de vontade ou testamento vital;
- Quando se encontra "morto" há muito tempo facilmente verificável pelas *leges artis* dos médicos e dos enfermeiros.

2.7. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC

Ao longo deste período, aprofundei conhecimentos teórico-práticos, desenvolvi e apliquei conhecimentos relativamente aos temas ventilação mecânica, entubação endotraqueal (EET), extubação, analgesia por cateter epidural, analgesia controlada pelo doente (PCA) e nutrição parentérica.

Tomei conhecimento das competências desenvolvidas pelo Enfermeiro no que diz respeito ao transporte do doente crítico inter-hospitalar e intra-hospitalar. A responsabilidade do transporte do doente é da equipa Médica e de Enfermagem. Maioritariamente o doente é acompanhado pelo Enfermeiro e o Médico o que vem ao encontro das Recomendações do Transporte de Doentes Críticos (2008, p.14) deve-se ter em consideração:

- A determinação da necessidade e a composição da equipa de acompanhamento devem ser efetuadas em função de critérios objetivos;
- Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o Enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos;
- Um Médico e um Enfermeiro devem acompanhar o doente que apresente instabilidade de fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente;
- Quando, em quaisquer circunstâncias, a responsabilidade do doente não é transferida para o serviço destino/recetor (inexistência de profissionais treinados naquela área), a equipa de transporte deve permanecer com o doente até ao fim dos procedimentos.

O transporte inter-hospitalar e intra-hospitalar de doentes críticos envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização devido à necessidade de um suporte de cuidados diferenciados. Esta atividade foi transversal aos três Módulos de Estágio e permitiu-me desenvolver conhecimentos na área uma vez que tive a oportunidade de conhecer realidades distintas.

Outra atividade que se mostrou enriquecedora foi a administração de analgesia por cateter epidural e a analgesia controlada pelo doente, mais conhecida como PCA - *Patient Controlled Analgesia* em que se utilizam fármacos como os opióides e os anti-

inflamatórios. São técnicas mais utilizadas no pós-operatório e tive a oportunidade de vigiar e monitorizar estes doentes de perto.

Metzger et al. (2002, p.83) descreve a analgesia por via epidural como uma técnica de analgesia loco-regional convidativa, uma vez que proporciona uma analgesia forte, superior à analgesia morfínica sistémica e permite controlar não só os fenómenos dolorosos em repouso mas também em esforço desde o primeiro momento. Segundo Metzger et al. (2002, p.71), a analgesia controlada pelo doente “ *é uma técnica que permite ao doente auto-administrar-se doses fracas de morfínicos, por via intravenosa durante o período pós-operatório*”. O doente no pós-operatório é observado diariamente pelo médico do controlo da dor que ajusta o método e o modo de administração de analgesia. De forma a controlar a administração de analgesia no pós-operatório foi instituído o protocolo de dor aguda no pós-operatório que consiste na monitorização da dor e atuação em complicações e efeitos laterais no doente sob analgesia com opióide/anestésico local.

Na UCIP, principalmente os doentes que são submetidos a intervenções cirúrgicas, iniciam posteriormente nutrição parentérica. Esta é um cuidado fundamental no tratamento do doente crítico e faz parte da rotina diária da UCIP. É de realçar a preocupação da equipa de enfermagem na preparação da nutrição parentérica, cumprindo sempre a norma de preparação.

A nutrição parentérica está associada a algumas complicações tais como a via de administração (infecção no local do cateter) e o custo elevado. Esta terapia é contraindicada em doentes hemodinamicamente instáveis.

2.8. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família

Desenvolvi uma comunicação com a equipa multidisciplinar, cliente e família de forma a demonstrar um raciocínio crítico e reflexivo sobre a prática de enfermagem e os problemas quer das equipas, doente e família. As equipas que constituem os vários campos de Estágio mostraram-se sempre disponíveis para discutir comigo dúvidas que surgiram ao longo do Estágio e como já referi anteriormente sempre mostraram simpatia e respeito pelo meu trabalho quer delegando funções nos cuidados diretos como na transmissão de informação.

A comunicação é parte integrante da intervenção em saúde, permite averiguar necessidades, estabelecer um plano de intervenção, alterar quando necessário adequando a cada doente e família. Isto só é possível com a consciência da importância da comunicação, da forma como esta se desenrola e dos elementos que a compõe. A comunicação em enfermagem envolve todos os meios que nos permitem chegar ao outro, desde a verbal, à escrita e à não-verbal, contudo é a conjugação destas nos aspetos mais subtis, como a expressão, os gestos, a postura, a entoação, a distância, o silêncio, o toque.

Refleti sobre a prática de forma a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem, assim efetuei pesquisa bibliográfica sobre diversos temas que me suscitaram interesse e dúvidas. Ao concretizar estas atividades penso ter demonstrado consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família.

2.9. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família

Tive a oportunidade de contactar com a família do doente durante o horário da visita, nestes momentos tive a oportunidade de realizar ensinamentos sobre VNI, tipo de isolamento e encaminhar os familiares quando solicitados para a equipa médica e para outros serviços da instituição.

A partilha de informação faz-se através da documentação da prática de cuidados em suporte digital e manual no SMI, em suporte digital na UCIP e SU. Atualmente o sistema informático de saúde é constituído por um conjunto de sistemas disponibilizados pela Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS), estes coexistem a nível local, com um conjunto de sistemas de origens diversificadas adquiridos ou desenvolvidos pelas próprias instituições, mas que convergem de forma complementar (Registo de Saúde Electrónico. 2009, p.17).

Segundo ACSS, Portugal encontra-se entre os países da União Europeia com maior utilização de sistemas de registos electrónicos baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O futuro está na informatização dos registos, o formato escolhido em Portugal foi a CIPE, durante muito tempo este só sofreu alterações pontuais e não representava corretamente o pensamento das atividades

desenvolvidas, do meu ponto de vista, continua a não demonstrar, mas penso que com investimento na formação e motivação dos enfermeiros será uma mais-valia no futuro.

No SU pude conhecer o sistema informático ALERT, este é um sistema integrado de informação que permite construir um processo clínico eletrónico e gerir os diversos serviços hospitalares. O objetivo é que o sistema possa coexistir com outras aplicações, incluindo a aplicação SONHO, que atualmente suporta os processos administrativos do hospital, pelo que alguns processos, como a admissão dos doentes continuarão a ser assegurados pelo SONHO transferidos automaticamente para o ALERT. A informação e as funcionalidades disponibilizadas na aplicação dependem do perfil do utilizador. Assim, os diferentes perfis (médico, enfermeiro, administrativo, auxiliar, técnicos de diagnóstico e terapêutica) terão acesso a ecrãs e opções distintas. Cada profissional tem acesso aos registos clínicos dos doentes segundo as permissões definidas para o seu perfil.

Ao nível dos cuidados de enfermagem os documentos de enfermagem estão todos baseados na linguagem padronizada CIPE. Na área de enfermagem surge um resumo das atividades de enfermagem para cada doente. O ALERT também nos fornece o número de horas despendidas em cuidados de enfermagem por doente e por dia de acordo com as características do doente e da sua lista de problemas. Quando um doente é encaminhado para a área de enfermagem o Enfermeiro responsável pelo setor assume a responsabilidade do doente ou de um conjunto de doentes. Na saída do turno o sistema permite a transferência de responsabilidades. O sistema permite ainda efetuar a triagem dos doentes de acordo com os critérios clínicos, estabelecer o nível de gravidade para cada doente e organizar as prioridades para um conjunto de doentes.

No SMI face aos indicadores de avaliação relativos à consulta de processos, o índice de consulta foi de 100%. Relativamente ao índice de doentes em que se identificou a necessidade de cuidados de enfermagem após a alta foi de 75%.

Na UCIP face aos indicadores de avaliação relativos à consulta de processos, o índice de consulta foi de 100%. Relativamente ao índice de doentes em que se identificou a necessidade de cuidados de enfermagem após a alta foi de 90%.

2.10. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva profissional avançada

Segundo as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.6), a tomada de decisão do Enfermeiro é que orienta o exercício profissional autónomo, o que implica uma abordagem sistémica e sistemática. Ao identificar necessidades o Enfermeiro vai intervir junto do doente e família de forma a evitar complicações e resolver problemas já detetados. Assim foi-me dada a possibilidade de efetuar a avaliação inicial e o plano de cuidados dos doentes. Esta atividade foi desenvolvida aquando da admissão de um doente no SMI e na UCIP.

Os critérios gerais de admissão de doentes em Unidades de Cuidados Intensivos, segundo o procedimento do serviço serão admitidos doentes críticos cuja situação se preveja reversível; que tenham condições e reserva fisiológica que sustente os tratamentos a que vão ser submetidos; que necessitem de suporte de função de órgão com meio técnico adequado à situação e existente no serviço; que necessitem de monitorização contínua invasiva; que necessitem de tratamento e vigilância intensivos.

Em caso de escassez de recursos, cabe ao Diretor e/ou Médico Sénior do SMI gerir prioridades e coordenar a transferência do doente para outro serviço ou hospital. Mediante o que é referido, podemos constatar que estes critérios vão de encontro com as *guidelines* emanadas pelo modelo de prioridades para as admissões segundo a *Society of Critical Care Medicine*, 1999.

Os critérios de admissão em cuidados intensivos devem permitir avaliar os doentes que têm probabilidade de beneficiar com esses cuidados. A sua proposta e ou admissão deve resultar de uma avaliação clínica criteriosa entre a equipa médica, tendo em consideração que critérios e práticas não têm a intenção de servir como regra por excelência e que existem sempre exceções. A decisão final, no que diz respeito à admissão de um doente, cabe sempre ao médico, que tem em consideração a história clínica, as opções diagnósticas e os tratamentos disponíveis. Devido ao número limitado de camas de uma UCI, existem momentos em que o número de potenciais doentes da UCI excede o número de camas disponíveis, sendo necessário recorrer a um método de prioridade ou triagem de doentes. A triagem inicial dos doentes pode ser feita a partir das *guidelines* descritas no modelo de prioridades para as admissões segundo a *Society of Critical Care Medicine*, 1999. Qualquer doente, quando considerado em estado

crítico, pode ser proposto para a UCI. No caso de esta se encontrar lotada, este deve ser estabilizado e proceder-se ao contato com outras unidades equiparadas que possam receber o doente. Desta forma, também se torna importante, definir os critérios de alta do doente de uma UCI, um doente deve ter alta de uma UCI quando a condição que o levou a ser referenciado para a unidade está devidamente tratada e revertida ou quando prosseguir o seu tratamento numa unidade com cuidados menos específicos, sem que isto prejudique o seu bem-estar ou a sua evolução favorável.

Os critérios de alta da UCI devem ser similares aos critérios de admissão, para o próximo nível de cuidados como as unidades de cuidados intermédios. Contudo, nem todos os doentes necessitam de cuidados intermédios após a alta da UCI. A hierarquização de cuidados revela-se fundamental, para que os doentes sejam encaminhados para serviços que respondam às suas necessidades, otimizando desta forma os recursos existentes e disponibilizando a unidade para receber outros doentes.

Face aos indicadores de avaliação relativos ao número de processos de enfermagem realizados no SMI foi de 8% e na UCIP de 75%. Através das atividades descritas desenvolvi esta competência na medida em que a tomada de decisão e o processo de enfermagem foram aplicados nas práticas desenvolvidas.

2.11. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas

Durante este período pude prestar cuidados à pessoa em situação crítica antecipando situações mais complexas que envolviam risco de vida iminente, esta atividade foi desenvolvida principalmente em contexto de Sala de Emergência (SE) em casos de Edema Agudo do Pulmão, Via Verde Coronária e Via Verde AVC (Acidente Vascular Cerebral).

A Sala de Emergência, devido à complexidade, heterogeneidade das patologias e instabilidade dos doentes requerem que os elementos da equipa detenham capacidades que lhe confirmem o equacionando rápido, decisão imediata, perícia nos procedimentos, de forma a constituírem uma mais-valia para o doente. Embora se trate de um SUB, é um serviço que possui uma equipa de enfermagem preparada para atuar em situações de carácter emergente.

Em 2004, a Unidade de Missão Hospitais SA criou o Grupo de Trabalho das Urgências, de modo a efetuar o diagnóstico dos principais problemas e elaborar

propostas de medidas e recomendações, no sentido da melhoria organizacional e operacionalidade dos serviços de urgência. As recomendações finais emanadas em relação ao SU, incidem principalmente na reorganização das áreas de atendimento, constituição de equipas diferenciadas e fixas, nomeação de um Responsável pela SE, na dependência do Diretor do SU ou da UCI na criação de registos simples mensuráveis e auditáveis, bem como necessidade de planos de formação, utilização de sistemas de triagem e protocolos de atuação, informatização clínica, definição dos circuitos de comunicação, com a Emergência, extra e intra-hospitalar, e elaboração do Regulamento da SE.

Atualmente tenta-se rentabilizar os recursos humanos, garantindo também os níveis de qualidade e eficiência na SE. Todas as admissões na SE são registadas eletronicamente, sendo efetuado o seu seguimento até à alta. A melhoria da intervenção hospitalar obrigou à existência de uma zona fulcral do serviço uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade. Para este fim é necessário uma organização meticulosa das Salas de Emergência, quer do ponto de vista logístico, quer do ponto de vista dos recursos humanos, de forma a assegurar o nível de cuidados exigidos pelos doentes que nelas são admitidos de Urgência.

A SE de um hospital é uma zona vital do SU, já que obriga à existência de equipas de médicos e enfermeiros bem treinados na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência. Após ter identificado a estrutura física do SU assim como a sua dinâmica serviço, foi importante tomar conhecimento de alguns protocolos existentes de forma a dar uma resposta mais eficaz na prestação de cuidados. A SE assume posição estratégica, na entrada do SU, estando equipada com os meios de diagnóstico, de monitorização e terapêuticos, adequadas à abordagem do doente crítico. Possui 2 camas amovíveis e articuladas com monitorização de saturação de oxigénio, eletrocardiograma contínuo e tensão arterial através de monitor/desfibrilhador, ventilador e ventilador de transporte, embora neste momento os monitores/desfibrilhadores e ventilador estejam em manutenção. A substituir encontram-se monitores e desfibrilhadores mais antigos, em caso de necessidade de ventilação mecânica é utilizado o ventilador de transporte.

O material está todo organizado por módulos, um destes módulos contém material de entubação endotraqueal. Existe também a possibilidade de realização na SE de Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações que na maioria das vezes é o Enfermeiro que o realiza. É possível a execução de técnicas invasivas como cateterismo central, cateterismo arterial, toracocentese, paracentese, embora sejam procedimentos/técnicas raras nesta instituição uma vez que a equipa médica que dá apoio são os clínicos gerais.

Está sempre um Enfermeiro destacado para a Sala de Emergência, esse Enfermeiro com formação e treino em Suporte Avançado de Vida e/ou Suporte Imediato de Vida (SIV). Consoante as necessidades, pode ser convocado outro médico, neste caso o médico de Medicina Interna que se encontra no Serviço de Medicina. Em situações extremas em que não conseguem estabilizar o doente para transporte ativam o 112. A admissão à SE efetua-se da seguinte forma:

- Aviso do Centro de Orientação de Doentes Emergentes (CODU);
- Após Triagem de Manchester - prioridade de cor vermelha e laranja;
- Doente inicialmente triado com outra cor mas que teve agravamento do estado - doente crítico.

É no turno da manhã que ocorre a verificação da total da SE segundo *check-list*, o armário da medicação e material de apoio à sala é revisto e contado diariamente a validade da medicação e material é confirmada uma vez por mês. Na sala podemos ainda encontrar um micro-ondas, transfere, um plano duro com imobilizadores laterais e “aranha”. Na SE existe um computador de modo a facilitar os registos adequados e de forma rápida. Além de colaborar na SE pode participar na pré-triagem de doentes, a pré-triagem consiste no “*processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada no Serviço de Urgência*” (Bracken in Sheehy, 2001, p.117).

O Sistema de Triagem (ST) implementado no SU de Valongo é a Triagem de Manchester. Os ST podem distinguir-se quanto ao profissional triador, à profundidade da triagem efetuada, à existência de algoritmos de triagem, à existência de protocolos de actuação associados, ao número de categorias de urgência, ao ambiente e contexto onde se aplicam e os recursos, equipamentos e meios que envolvem. Todos os enfermeiros possuem o curso de Triagem de Manchester, à exceção dos enfermeiros que se encontram neste momento a dar apoio ao SU. Existem dois postos de triagem, à porta

encontra-se de permanência o porteiro que está encarregue de encaminhar os doentes para o seu destino. O doente após efetuar então a sua inscrição na admissão de doentes é encaminhado para o gabinete de triagem, onde será submetido a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas e/ou sinais que permitem atribuir uma cor que corresponde a um grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado, até à primeira observação médica. Após a admissão na urgência geral o doente deverá ser “triado” por um Enfermeiro, que lhe atribuirá um grau de prioridade dependendo do seu estado de saúde. Todos os doentes triados são automaticamente colocados em determinadas listas, dependendo do encaminhamento na triagem, por ordem de prioridade e tempo de espera. O encaminhamento na triagem poderá ser realizado para: Pequena Cirurgia, Triagem Médica e Sala de Emergência.

O Enfermeiro pode sempre fazer uma nova triagem (acrescentar informações, mudar a cor da triagem, entre outros), as várias versões dos relatórios de triagem, se existirem, ficarão disponíveis na informação clínica do doente. De seguida, o doente é atendido por um médico que regista as suas observações, o diagnóstico bem como poderá solicitar a elaboração de meios complementares de diagnóstico a outras unidades (Imagiologia, Patologia Clínicas), pedidos específicos à enfermagem, registar todos os atos médicos que foram realizados, entre outros. Penso ser importante fomentar um período de integração significativo na atividade da triagem, junto de enfermeiros experientes e treinados, assim como realizar auditorias internas e externas dos processos de triagem (que são efetuadas, contudo é igualmente importante e mesmo fundamental a existência de feedback, agendando reuniões formativas e informativas dos auditores com os enfermeiros triadores, de modo a realizar-se um acompanhamento e aperfeiçoamento contínuo desta atividade). Debatendo e questionando, de forma a melhorar quer o próprio sistema de triagem, quer a sua aplicação.

Um dos aspetos que considero mais pertinentes na pré-triagem é a atuação do Enfermeiro no reconhecer e ativar as Vias Verdes – Coronária e AVC, embora estejam implementadas no SU de Valongo não são por vezes ativadas. Foram executados cuidados em situações de emergência, mas nunca se chegou a realizar manobras de SAV, deve-se ao fato de todas as situações de paragem cardiorrespiratória existentes neste período acontecerem no pré-hospitalar e aquando da sua chegada ao SU se suspender manobras. Não se avaliou o doente politraumatizado devido à inexistência

deste tipo de doentes, uma vez que não se trata de um SU de referência para trauma. Como já foi referido anteriormente, foi tomado conhecimento da dinâmica do serviço e das competências desenvolvidas pelo Enfermeiro no que diz respeito ao transporte do doente crítico inter-hospitalar e intra-hospitalar. Foram consultados Planos de Catástrofe ou Emergência e explicados procedimentos pelo Enfermeiro Chefe em caso de emergência.

Fazendo uma breve reflexão, saliento a importância do Enfermeiro que se encontra na triagem atribuindo um algoritmo de via verde, sendo um dos pilares na prestação de cuidados ao doente crítico, o conhecimento sobre estes protocolos assim como a sua aplicação, pois permite um desenvolvimento na formação profissional e promover uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico.

2.12. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente

O Enfermeiro Especialista assume papel importante na garantia da qualidade dos cuidados prestados, assegurando cuidados globais ao doente e à família com conhecimentos técnicos e científicos específicos a cada situação, orientando os colegas, quer de forma direta na prestação de cuidados, quer na formação contínua, assumindo papel pedagógico e de formador.

Ao longo de Estágio acompanhei o Enfermeiro Especialista em Reabilitação e o Enfermeiro de Referência no SMI e na UCIP, que servem como elementos de referência uma vez que estão presentes de segunda a sexta, são dos elementos com mais experiência e com mais proximidade com os doentes. Pude constatar que as funções do Enfermeiro de Referência vão ao encontro ao que está instituído pelo boletim normativo da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), nº206, 2005.

Ao acompanhar o Enfermeiro de Referência pude supervisionar a prestação de cuidados desde a admissão até à alta, admiti doentes em conjunto com o Enfermeiro associado que fica responsável pelo mesmo. Como já foi referido em pontos anteriores, realizei a avaliação inicial do doente que me permitiu familiarizar-me com a história da doença atual e os antecedentes, de forma a destacar as necessidades específicas de intervenção. Através da revisão diária do plano de cuidados, colaborei com o Enfermeiro associado na definição de diagnósticos e intervenções bem como na

atualização dos registos de enfermagem sugerindo alterações. Através da realização de ensinamentos promovi a interação da família no tratamento e recuperação do doente.

Durante os turnos que acompanhei o Enfermeiro de Reabilitação pude observar a sua intervenção junto dos doentes que vai ao encontro do que vem descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação: “*promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação*”. O Enfermeiro de Reabilitação tem um papel preponderante na recuperação do doente, pois segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, os objetivos gerais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação “*são melhorar as funções, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima*”. O Enfermeiro de Reabilitação realiza os registos de enfermagem no SAPE, que de uma forma sucinta abrangem maioritariamente os seguintes diagnósticos:

- Rigidez articular - Risco de rigidez articular sistema músculo-esquelético lado direito;
- Ventilação - Risco de ventilação alterada relacionado com a cirurgia abdominal.

O Enfermeiro Especialista assume papel importante na garantia da qualidade dos cuidados prestados, assegurando cuidados globais ao doente e à família com conhecimentos técnicos e científicos específicos a cada situação, orientando os colegas, quer de forma direta na prestação de cuidados, quer na formação contínua, assumindo papel pedagógico e de formador.

O método de trabalho implementado no SMI e na UCIP é o método individual de trabalho em que cada Enfermeiro é responsável por prestar todos os cuidados aos doentes que lhe são atribuídos. No SU o método de trabalho é o método funcional em que “*aos enfermeiros são atribuídas tarefas específicas, em vez de doentes específicos*” (Tappen, 2005, p.273). Considero que em algumas situações o método de trabalho em equipa é o mais eficaz, pois “*os enfermeiros são divididos em pequenos grupos responsáveis pelos cuidados totais de um determinado número de doentes*” (Tappen, 2005, p.273). Através das atividades descritas desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente de forma a atingir esta competência.

2.13. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura

Senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a comunicação, desta forma revii as aulas lecionadas durante o 2º semestre referentes à comunicação bem como realizei pesquisa bibliográfica sobre este tema. Desenvolver competências e capacidade relacionais com o doente e a família em ambiente de cuidados intensivos, foi particularmente difícil, pois para mim não é fácil estabelecer uma relação terapêutica com um doente que não consegue comunicar devido à sedação.

O que os cuidados intensivos nos ensinam acima de tudo é que em decisões de “vida ou morte” nada é linear. Isto é, perante a minha experiência como Enfermeira de um Serviço de Medicina e posteriormente num SU, encontro-me diariamente com situações de mau prognóstico em que o mais importante é o conforto que conseguimos dar ao doente e à família, perante o sofrimento, os diagnósticos, a indecisão dos médicos, quando os cuidados intermédios e mesmo os cuidados intensivos lhes recusam vagas. É “fácil” dizer que é preciso saber deixar de investir, contudo, quando vemos doentes transferidos de outros hospitais com histórias semelhantes a tantos que já nos passaram pelas mãos, constatamos que investem uma, duas e três vezes e... eles recuperam, repensamos em tudo que tínhamos como certo.

Já na UCIP e no SU a comunicação tornou-se menos árdua, pois o fato de a maioria dos doentes conseguir comunicar connosco verbalmente facilita em muito o nosso trabalho. A admissão hospitalar assinala para alguns doentes um momento que põe cobro à vida habitual, transportando a pessoa para um acontecimento simultaneamente estranho e assustador. Quando a admissão hospitalar representa para o utente um acontecimento traumático, suscita sem dúvida emoções fortes que interferem com a clareza de pensamentos e com a memória, ou seja, as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e apreender de forma clara. Aspetos simples como o nome das pessoas que lhes estão a prestar cuidados, ou a apresentação/orientação em relação à orgânica e dinâmica do serviço e dos procedimentos inerentes ao cuidar, são tão básicos, mas tão facilmente esquecidos e fazem toda a diferença, para os doentes. A verdade é que o mais certo é que estas informações sejam esquecidas devido à ansiedade presente, necessitando de ser

repetidas. Contudo, se o Enfermeiro se demonstrar acessível e disponível, esclarecendo as sobre a dinâmica dos acontecimentos, estes sentir-se-ão mais seguros e confortáveis.

Apesar de comunicar ser quase inato, sendo tão comum como respirar com o crescimento pessoal e principalmente com o crescimento como enfermeiros temos a comunicação como um processo altamente complexo que exige e requer o aperfeiçoamento de conhecimentos competências e acima de tudo de atitudes e posturas. Esta vertente é particularmente importante em ambientes com elevado grau de *stress*. A forma como comunicamos em enfermagem é uma ferramenta indispensável, não chegam os conhecimentos científicos, é necessário aperfeiçoar competências de comunicação e relacionais que permitam a transparência de conhecimentos e atitudes, mantendo a coerência entre a comunicação verbal e a corporal, permitindo ao doente sentir o seu sofrimento reconhecido e valorizado.

Na enfermagem a comunicação é parte fundamental do dia a dia, pelo que se espera que o Enfermeiro tenha a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal eficaz, quer com o doente e família, quer com toda a equipa multidisciplinar na qual se insere. É então necessário o contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de comunicação interpessoal. A atitude de empatia desenvolvida pela equipa, demonstrando compreensão quer pela dor e sofrimento assim com a estrutura de significações pessoais subjacentes, facilita o desenvolvimento de estratégias mais eficazes, que permitam o alívio do sofrimento e da ansiedade, facilitando a gestão de *stress* de ambas as partes.

O transmitir informação não excessivamente exaustiva, mas ajustada às necessidades de cada doente, poderá constituir a estratégia mais adequada para reduzir o mais possível a ansiedade e o medo do desconhecido. Doentes com conhecimentos adequados e suficientes estariam menos ansiosos, o medo do desconhecido seria diminuído, e a sua colaboração durante todo o tratamento seria mais eficaz. O início da interação, na maioria das vezes, dos enfermeiros para a execução de ato instrumental ou para obter informações sob o estado clínico do utente, pode revelar que os enfermeiros têm o doente como o centro da sua atenção. Pelo fato de iniciarem as interações com atos técnicos não os impede de ajudar o utente a atravessar um momento de crise e a estabelecer uma relação de aproximação facultando o crescimento do doente. Quando encontra um profissional que o escuta e ajuda a expressar as suas queixas, reveste-se de

uma excelente ajuda para lidar com a dimensão emocional, ajudando-o a acalmar os medos e a enfrentar o desconforto de estar doente.

Em resumo, da interação de Enfermeiro/Doente podemos concluir que existe a preocupação de estar em sintonia com o que a outra pessoa está a sentir, sem subestimar os sentimentos do outro. Na interação deve estar presente a comunicação não-verbal, o toque, o olhar, a presença de uma emoção, determinada através das expressões faciais e do perfil dinâmico dos movimentos dos membros e da postura.

O Enfermeiro Especialista deverá desempenhar um papel diferenciado, desenvolvendo um conjunto de competências que lhe permitam fornecer ao doente uma ajuda profissional avançada que facilite e promova a procura e adoção de estratégias de adaptação, que facilitem o processo de *coping*, tornando-o eficaz e garantindo o padrão de qualidade de vida, identificado pelo doente. Este constitui então uma ajuda diferenciada e profissional face aos doentes, desenvolvendo competências que lhe permitem ser facilitadores ativos, no desenvolvimento de estratégias adaptativas adequadas a manutenção do “padrão” de qualidade de vida identificado pelo doente, sendo que Qualidade de Vida é “(...) *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (Whoqol Group, 1994, p.1). Assim, como elementos de referência em relação à restante equipa, devemos de promover a harmonia e equilíbrio entre os diferentes elementos intervenientes no processo de cuidar, aumentando a satisfação profissional e subseqüentemente a qualidade dos cuidados. A referência à qualidade está então presente no nosso quotidiano, já não é suficiente o fazer, mas o fazer com qualidade, com adaptação custo/eficiência e com resposta no final que obedeça a critérios pré-definidos que garantam a qualidade.

2.14. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

Ao Integrar-me na equipa multidisciplinar e respeitando todos os membros que constituem a equipa, permitiram-me prestar cuidados de enfermagem especializados. Por várias vezes, foram-me comunicadas decisões clínicas, que me permitiram prestar cuidados ao doente crítico. Durante este período acompanhei os Enfermeiros Chefes, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica que também

desempenham funções de Enfermeiro de Referência, o Enfermeiro Responsável de Turno e a Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O Enfermeiro Chefe é o responsável pelo serviço, faz a gestão dos recursos humanos, materiais e do equipamento, por outro lado faz a promoção da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. O Enfermeiro de Referência é o elo de ligação entre o Enfermeiro prestador de cuidados e a família, médicos e restantes elementos da equipa multidisciplinar. É responsável pelo doente desde a sua admissão até à alta, supervisionando e avaliando os cuidados prestados, sendo o elemento dinamizador pela continuidade de cuidados.

Durante o Estágio proporcionou-se acompanhar os vários elementos da equipa de enfermagem no desempenho destas funções, o que me permitiu constatar que vai ao encontro do que é pressuposto pelas instituições. Da minha observação constatei que embora muitas vezes a postura do Responsável de Turno não fosse a ideal, demonstra a preocupação em promover acima de tudo a boa relação de trabalho entre a equipa.

2.15. Participar e promover a investigação em serviço na área de EEMC

No SMI encontrava-se a decorrer um projeto que teve início no mês de Junho de 2011 sobre a avaliação da dor, que Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos estava a desenvolver com o objetivo de uniformizar a avaliação da dor no doente em cuidados intensivos com a implementação de uma escala adequada às características dos doentes. A minha colaboração diz respeito à avaliação da dor nos doentes que preenchiam os critérios da escala da dor que a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos propôs para avaliação. Este estudo pretendia criar uma escala para doentes ventilados, com definição de alguns parâmetros de exclusão, com o nome de Plano Nacional de Avaliação da Dor na UCI. Embora este projeto se tenha iniciado em Janeiro de 2011 e apresentado aos serviços em estudo em Fevereiro de 2011, o SMI integrou em Junho 2011 com o intuito de dar o seu contributo para o estudo, pelo período aproximado de dois meses. Deste modo, este trabalho também contribuiu para a assentar ideias acerca do fenómeno de dor. A avaliação da intensidade da dor e adequação de medidas para a otimização terapêutica são aspetos importantes para os profissionais de Medicina Intensiva, para tal, têm sido feitos esforços desde os primórdios das UCI. As

caraterísticas dos doentes, conjuntamente com falta de padronização de avaliação da dor e terapêuticas, poderão influenciar numa subvalorização da dor.

2.16. Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC

Na prestação de cuidados ao doente crítico, tentei sempre manter um ambiente terapêutico e seguro, através da utilização de boas práticas de enfermagem, que permitem prestar cuidados especializados. Pude observar as auditorias externas efetuadas SMI, que se realizaram no dia 28 de Maio de 2011. Constatei a dedicação e organização de toda a equipa para que as mesmas decorressem sem intercorrências. Os parâmetros que os auditores incidiram foram na prescrição de terapêutica manual versus informática bem como a prescrição de estupefacientes e seu registo correto em documentos próprios. Alertaram para o consumo dos mesmos por data, mesmo apresentando um prazo de validade alargado.

Promoveu-se a partilha de experiências, dúvidas e receios com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar, de forma a evitar efeitos negativos, como o *burnout*. Num dos turnos assisti à partilha de experiências da equipa de enfermagem com o Diretor Clínico, este momento surgiu na consequência da presença da família durante a morte de um doente. Foram expostos pontos de vista relativos ao excesso de familiares dentro do serviço, que estava a provocar e gerar um clima de ansiedade em toda a equipa, pois permitiram a entrada conjunta de vários familiares o que gerou instabilidade e ansiedade na equipa multidisciplinar. Acontecimentos como este são geradores de *stress*, o que me levou a procurar informação sobre a síndrome de *burnout* (do inglês *to burn out*, queimar por completo), por vezes considerada como síndrome do esgotamento profissional, foi assim denominada pelo psicanalista nova-iorquino Freudenberger, após identificar sintomas em si mesmo, no início dos anos 70. Refere-se a um tipo de *stress* ocupacional e institucional intimamente relacionado com profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada uma atividade de ajuda (médicos, enfermeiros, voluntários, entre outros). É ainda definida como uma reação à tensão emocional crónica gerada a partir do contato direto, excessivo e stressante com o trabalho, levando a que a pessoa perca a maior parte do interesse na sua relação com o trabalho, de modo a que as coisas percam a sua importância relativa e qualquer esforço

pessoal pareça inútil (Plana et al., 2003, p.46-55). Os seus principais sintomas são, assim, a exaustão emocional, a despersonalização, a perda de motivação e de comprometimento (Melo et al., 1999, p.596-603).

Adquiri competências práticas para a manutenção de uma prática segura, tais como a observação e participação da triagem de resíduos. As equipas preocupam-se em efetuar uma triagem de lixos adequada, demonstrando estarem a par das novas *guidelines* propostas pelas Comissões de Controle de Infecção.

Na UCIP não tive oportunidade promover a partilha de experiências, dúvidas e receios de eventos negativos pois a equipa não mostrou abertura para tal, Baumann (2007, p.7) refere no seu trabalho que “*os ambientes poucos saudáveis afectam a saúde física e psicológica dos enfermeiros devido ao stress de cargas laborais pesadas, horários prolongados, baixo estatuto profissional, relações difíceis no local de trabalho, problemas de desempenho dos papéis profissionais e uma diversidade de riscos no local de trabalho*”. Considero que a equipa necessita de uma reformulação de comportamentos de forma a evitar comportamentos negativos, neste contexto que surgiu a reflexão sobre a importância do trabalho em equipa e o papel da liderança.

2.17. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC

Colaborarei na gestão dos recursos humanos e materiais de forma a adquirir conhecimentos sobre a gestão e organização dos serviços e recursos. Ao colaborar na gestão de cuidados de enfermagem pude identificar as funções do Enfermeiro Chefe, do Enfermeiro de Referência e do Enfermeiro Responsável de Turno que o substitui na sua ausência.

O Enfermeiro Responsável de Turno é destacado pelo Enfermeiro Chefe para dar continuidade ao seu trabalho na sua ausência, este elemento é um dos enfermeiros com mais experiência profissional na área de cuidados e com sentido de responsabilidade. As equipas de enfermagem são elaboradas através de um plano de trabalho diário, que distribui os enfermeiros pelos turnos da manhã, tarde e noite.

A gestão de material, quer seja farmacêutico ou de aprovisionamento, é realizada pelos mesmos elementos referidos anteriormente através do sistema informático em vigor em cada instituição.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este percurso de aprendizagem, todos os objetivos que planeei e atividades que realizei, tiveram o propósito de me facultar a aquisição de um conjunto de competências, conhecimentos, capacidades e habilidades no âmbito da EEMC passíveis de serem mobilizadas em função das necessidades de saúde. A passagem pelos diferentes Módulos de Estágio permitiu-me visualizar que todos os serviços se articulam entre si e possuem especificidades próprias no que diz respeito ao doente crítico, o que me permitiu uma aprendizagem contínua de forma a construir o meu percurso e assim mobilizar conhecimentos e competências de um campo de Estágio para o outro, bem como me permitiu crescer profissionalmente no meu local de trabalho mobilizando competências e conhecimentos adquiridos no curso de EEMC.

No SMI contatei pela primeira vez com um contexto totalmente distinto do meu quotidiano profissional, senti a necessidade de realizar pesquisa bibliográfica diária de forma a melhorar conhecimentos sobre aspetos pouco trabalhados no meu dia a dia. Aqui como futura Enfermeira Especialista pude partilhar aspetos importantes com a equipa de enfermagem no que diz respeito à avaliação da dor no doente em cuidados intensivos. Ao desenvolver este tema ao mesmo tempo que decorreu o estudo sobre a dor desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, permitiu acrescentar conhecimento ao já existente, nomeadamente no que diz respeito à utilização das escalas da dor. A equipa de enfermagem mostrou-se interessada e receptiva ao tema abordado permitindo uniformizar informação sobre a dor no SMI.

Na UCIP pude constatar a continuidade do tratamento dos doentes quer vindos do SU como do SMI, bem como de outros serviços. Consolidei conhecimentos através da partilha de experiências e ao aprofundar os cuidados de enfermagem ao doente com dor no pós-operatório procurei mais uma vez uniformizar informação sobre estes cuidados, uma vez que se trata de um serviço em que parte da equipa não tem experiência profissional com este tipo de doentes. Com a realização do trabalho pude contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente que se encontra no pós-operatório.

No SU pude conhecer uma realidade diferente do meu contexto profissional que me permitiu crescer como pessoa e profissional. Aqui destaco a importância do

Enfermeiro na Triagem e na Sala de Emergência, pois são áreas do SU que necessitam que o Enfermeiro demonstre um leque variado de conhecimentos e competências e ao mesmo tempo capacidade em estabelecer uma comunicação eficaz com o doente e família, decifrando muitas vezes a linguagem não-verbal. A partilha de conhecimentos e experiências na área de urgência/emergência foi uma mais-valia para o serviço, reconhecida pelo Enfermeiro Chefe e pela própria equipa de enfermagem. Aqui realço também a forma como me integrei da equipa e na interação diária desenvolvida de forma a promover as boas relações de trabalho.

Penso que a idade, o tempo de profissão, o próprio dia a dia nos dá uma visão diferente da vida. Adotei uma postura distinta e procurei informação noutras locais, ponderei e refleti sobre os procedimentos e posturas, sobre o que é e o que deve ser feito, apreendendo com todos eles, absorvendo a sua experiência bem como otimizando as lacunas detetadas. No balanço final saio mais rica, posso dizer que foram consolidadas competências, e pessoalmente saio mais confiante nas minhas capacidades de adaptação e resiliência.

O Enfermeiro Especialista desenvolve não só conhecimentos e competências técnicas, mas acima de tudo observa, reflete e analisa os diferentes cenários, pesquisa, aperfeiçoa e cresce, com os colegas que conheci e com quem partilhei conhecimentos e experiências, com os doentes e as famílias que me permitiram partilhar momentos da sua vida e aceitaram a minha disponibilidade, enriquecendo-me como pessoa e como Enfermeira permitindo que hoje me afirmo como profissional diferenciada, Enfermeira Especialista. Procurei então através deste Relatório refletir o esforço, o investimento e os conhecimentos adquiridos ao longo do Estágio.

A realização dos trabalhos foi um contributo importante, espero que consiga transmitir todo o empenhamento e trabalho desenvolvido. No final deste percurso é importante não esquecer a constante disponibilidade, apoio e compreensão da Professora Orientadora e a disponibilidade e o acolhimento por parte de todos os elementos que constituem as equipas dos vários serviços.

Ao terminar este relatório posso concluir que os objetivos da sua realização foram atingidos. A maior dificuldade sentida foi a de traduzir todos os momentos de aprendizagem que enriqueceram este período, correndo o risco de parecerem escassos e não revelarem explicitamente as competências adquiridas. Todo este percurso de

Estágio foi percorrido de forma positiva e perspetivando sempre a aquisição de competências no âmbito da EEMC. A chegada a este ponto final só foi possível graças a uma persistência e atitude crítica e reflexiva que tenciono manter sempre presente ao longo da minha vida profissional e pessoal.

Considero que desenvolvi e adquiri as competências necessárias para uma boa atuação e desempenho enquanto Enfermeira Especialista e para isso contribuiu o estudo constante, o apoio incondicional dos professores, orientadores e de todos os profissionais que sempre estiveram presentes.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José - *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Edições Almedina, 2007. ISBN: 978-9724-0185-22.
- BAUMANN, Andrea - *Ambiente Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. Conselho Internacional de Enfermeiros. Genebra: 2007. ISBN: 92-95040-80-5.
- COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO - Um ano de reflexão e mudança. [Em linha]. Administração Regional de Saúde do Norte, IP: 2009. [Consultado a 17 de Janeiro de 2012]. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro_CRDC.pdf.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA nº35, Série II de 2011-02-18 - Regulamento n.º 122/2011.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA nº35, Série II de 2011-02-18 - Regulamento n.º 125/2011.
- MACPHAIL, Estelle - Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In SHEELY, S. - *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9.
- MARCELINO, Paulo - *Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao Doente Crítico*. Loures: Lusociência, 2008. ISBN: 978-8930-42-2.
- MARQUES, Paulo - Princípios éticos Gerais no Agir em Enfermagem: “Condicionamentos às intervenções de Enfermagem Promotoras de Dignidade

das Pessoas em Fim de Vida, internados em UCI” [Em linha]. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto. [Consultado a 17 de Abril de 2011]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/9867>.

- Material didático das aulas do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- MELO, Bárbara; GOMES, António; CRUZ, José. - Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do *burnout* para os profissionais de psicologia [Em Linha]. In Avaliação Psicológica: Formas e Conceitos. Vol.VI. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses, 1999. [Consultado em 29 de Julho de 2011]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5334/1/Melo,Gomes&Cruz-MBI-Actas.pdf>.
- METZER, Christiane; MULLER, André; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane - *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-32-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais [Em linha]. Lisboa: 2003. [Consultado a 30 de Novembro de 2011] Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem [Em linha]. Lisboa: 2001. Consultado a 30 de Novembro de 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

- ORDEM DOS MÉDICOS E SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. Recomendações de Transporte de Doentes Críticos [Em linha]. Lisboa: 2008.[Consultado a 26 de Novembro de 2011]. Disponível em http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf.
- PHIPPS, Wilma; SANDS, Judith; MAREK, Jane - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença*. 8ª Edição. Loures: Lusociência, 2010. Volume I. ISBN 978-989-8075-22-2.
- PLANA, Angel; FABREGAT, Anton; GASSIÓ, Joan - *Burnout Syndrome and coping strategies: a structural relations model* [Em linha]. Espanha: Psychologie in Spain, 2003. Vol. 7. N. 1. [Consultado em 29 de Junho 2011]. Disponível em <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/7006.pdf>.
- PONTES, Bela; MENDONÇA, Conceição; ORNELAS, Gonçalo; NUNES, Madalena - *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM* [Em linha]. Universidade Atlântica: Funchal. 2008. [Consultado a 8 de Janeiro de 2012]. Disponível em www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0. [Consultado a 9 de Junho]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. RSE - Registo de Saúde Electrónico [Em linha]. 2009, p. 17. [Consultado a 3 Junho 2011]. Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/840FBD8B-5718-4D42-95322CCA898D56AB/0/RSE_R1_Estado_da_Arte_V2_0.pdf.

- SILVA, Daniel; SILVA, Ernestina - *O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem* [Em linha]. Viseu, 2008. [Consultado em 10 de Março de 2011]. Disponível em www.ipv.pt/millennium/millennium30/8.pdf.
- SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE - Guidelines for Intensive Care Unit Admission, Discharge and Triage [Em linha]. 1999. [Consultado a 13 de Junho de 2011]. Disponível em http://www.cfmc.org/value/files/ATT%201_Guidelines%20for%20ICU%20Admission,%20Discharge%20and%20Triage.pdf.
- TAPPEN; Ruth - *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática*. 4ª edição. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8930-00-3.
- UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS; Boletim normativo n.º 206, 2005.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - Orientações para a elaboração do Projecto de Estágio em contexto de Mestrado de Enfermagem. Porto, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Whoqol: Measuring Quality of Life [Em linha]. Genebra: WHO; 1997. [Consultado a 9 de Novembro de 2011]. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

ANEXOS

ANEXO I

Avaliação da Dor no Doente em Cuidados Intensivos



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DA DOR NO DOENTE

EM

CUIDADOS INTENSIVOS

Estágio – Módulo II

27 de abril a 25 de junho de 2011

Trabalho realizado por:

Fabiana Custódia Martins da Silva

Liliana Sofia de Sousa Carvalho

PORTO, JUNHO 2011

“Dor é aquilo que o doente diz que é”

ANÓNIMO

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Behavioral Pain Scale (Baseado nas Escalas aplicada no SMI para Avaliação da Dor)

Quadro 2 - Non-Verbal Pain Scale (Baseado em KIRWAN, 2008, p. 13)

Quadro 3 - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (Baseado nas Escalas aplicada no SMI para Avaliação da Dor)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala Visual Analógica (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

Figura 2 - Escala Numérica (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

Figura 3 - Escala Qualitativa (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

Figura 4 - Escala de Faces (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 3)

ABREVIATURAS E SIGLAS

BPS - Behavioral Pain Scale

ESCID - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

HPH - Hospital Pedro Hispano

MPQ - McGill Pain Questionary

NVPS - NonVerbal Pain Scale

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

N.º - Número

p. - Página

ÍNDICE

0.	INTRODUÇÃO	13
1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA DOR NO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS	15
1.1.	Dor Aguda e Dor Crónica	16
1.2.	Escalas de Avaliação da Dor	17
1.2.1.	Escalas Unidimensionais	17
1.2.2.	Escalas Multidimensionais	19
1.2.3.	Escalas Comportamentais	19
2.	REFLEXÃO	25
3.	CONCLUSÃO	29
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está prevista a realização de um Estágio, que se encontra a decorrer, no Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano, correspondente ao Módulo II.

O Estágio constitui um campo de experiências onde ocorre uma integração entre a teoria e a prática e leva ao desenvolvimento de novas competências. Uma vez que nos encontramos num processo de aprendizagem, no que diz respeito ao Curso de Mestrado, é essencial lembrar a responsabilidade acrescida pelo processo de aprendizagem.

Assim, a realização deste trabalho tem como objetivos

- Dar resposta a um dos objetivos de Estágio que diz respeito formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.
- Lembrar conhecimentos sobre a dor;
- Lembrar conhecimentos sobre a avaliação da dor;
- Apresentar medidas de avaliação da dor e a sua aplicabilidade e validade em Portugal;
- Evidenciar o papel do Enfermeiro na avaliação e controlo da Dor;
- Promover a reflexão da problemática da avaliação da Dor;
- Propor estratégias de para avaliação da Dor.

Durante este período, foi constatado no Serviço de Medicina Intensiva, que a Dor era um aspeto pouco trabalhado nos doentes com incapacidade de comunicar, sendo detetada a ausência de escalas adaptadas para este tipo de doentes.

De forma a adquirir/desenvolver novas competências profissionais e pessoais resolvemos abordar a questão da avaliação da Dor no doente em cuidados intensivos, segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 122/2011, p. 8656), é unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em situação Crítica a *“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”*.

Este trabalho é constituído por uma Introdução, seguido de um Enquadramento Teórico da Dor no Doente em Cuidados Intensivos e Conclusão. A realização deste trabalho tem por base uma metodologia descritiva bem como a pesquisa bibliográfica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA DOR NO DOENTE EM CUIDADOS INTENSIVOS

A Dor é um fenómeno experienciado por todos nós como sendo uma “(...) *experiência única, eminentemente subjectiva (...)*” (Metzger et al., 2002, p. XV) e é também definida desde 1994, pela International Association for Study of Pain (citado no Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008, p. 6) como “(...) *experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial (...)*”.

O enfermeiro como cuidador atento à humanização dos cuidados e assumindo assim um papel fundamental no controlo e alívio da dor, dado que esta constitui o principal motivo de procura de cuidados de saúde da população. Segundo a circular normativa n.º 09/DGCG, a Dor é considerado o 5º sinal vital desde 14 de junho de 2003, assim sendo, a avaliação e o registo da intensidade da dor constitui uma boa prática clínica “obrigatória” em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. Assim, deve-se realizar:

- O registo sistemático da intensidade da Dor;
- A utilização para a mensuração da intensidade da Dor, de uma das escalas validadas internacionalmente;
- A inclusão na folha de registos dos sinais e sintomas vitais, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

Contudo, devemos ter presente os princípios orientadores desta boa prática, tais como:

- **A subjetividade da dor:** a dor não dá origem a qualquer indicador biológico que possa ser medido, pelo que a intensidade da dor é aquela que o doente refere. Deve-se ter em atenção ao controlo da dor dos doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal.
- **A dor como 5º sinal vital:** representa um sinal de alarme para a integridade do doente e fulcral para o diagnóstico, mas não deve ser causa de sofrimento.

- **O direito do doente ao controlo da dor:** todos os doentes têm direito ao controlo adequado da dor, independentemente da causa, de forma a minimizar o sofrimento.
- **O dever da equipa multidisciplinar no controlo da dor:** toda a equipa deve estar desperta para a prevenção e controlo da dor dos doentes que estão ao seu cuidado, contribuindo assim para a humanização dos cuidados.
- **Tratamento diferenciado da dor:** sempre que necessário os doentes deverão ser referenciados para níveis de especialização mais diferenciados.

A Dor é, indubitavelmente um fenómeno comum em Unidades de Cuidados Intensivos, tendo repercussões importantes na homeostasia do doente crítico. Assim, o controlo da Dor assume um papel preponderante na prestação de cuidados, em especial neste tipo de doentes.

As causas álgicas são diversificadas, variando desde a doença subjacente ao internamento, ao trauma, à cirurgia, aos cuidados de enfermagem, à imobilização prolongada, a procedimentos invasivos terapêuticos, etc. A Dor não controlada está frequentemente associada: ansiedade; distúrbios do sono; hipercoagulabilidade; imunossupressão; catabolismo aumentado; cicatrização alterada; disfunção pulmonar e ativação do sistema nervoso simpático, com taquicardia e aumento da resistência vascular periférica e do consumo miocárdico de O₂. Deste modo, torna-se, facilmente perceptível que uma analgesia eficaz otimiza:

- Função pulmonar;
- Os níveis de concentração de catecolaminas plasmáticas;
- O consumo miocárdico de O₂.

1.1. Dor Aguda e Dor Crónica

Dentro dos diferentes tipos de caracterização de dor esta pode ser:

- Dor Aguda, que decorre de lesão tecidual e é manifestada através do estímulo nociceptivo, provocada pela lesão (Dor pós-operatória ou pós-traumática).
- Dor Crónica, que pode ser resultante de um estímulo nociceptivo persistente de uma lesão dos sistemas nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, sendo frequente a interligação destes mecanismos (Dor neuropática ou a lombalgia).

Segundo Metzger et al. (2002, p. 23), a Dor Aguda pode manifestar-se até três meses e pode mesmo ser considerado até aos seis meses, qualquer Dor Aguda, pode evoluir para Dor Crónica quando mal tratada, como tal, as queixas álgicas que os doentes referem, não devem ser desvalorizadas.

1.2. Escalas de Avaliação da Dor

Quando se realiza uma primeira avaliação da dor, deve estar de acordo com as capacidades de comunicação do doente, como tal devemos ter em atenção os seguintes critérios:

- Pertinência, especificidade e coerência;
- Fiabilidade, rigor e objetividade para evitar erros, quer do enfermeiro, quer do doente;
- Simplicidade, facilidade e clareza;
- Compreensível e utilizável por todos.

1.2.1. Escalas Unidimensionais

Estas escalas avaliam globalmente a dor segundo o grau de intensidade, sendo que esta “aparente” simplicidade não deve levar-nos a esquecer que podemos induzir o doente em erro na sua resposta. É de valorizar a importância de pedir ao doente que registre a dor que sente no momento e a dor mais forte que sentiu nas 24 horas anteriores, e a dor mais fraca nesse mesmo intervalo de tempo. Dentro destas escalas temos:

- Escala Visual Analógica (Figura 1), que consiste numa linha de 10cm, em que numa das extremidades é indicada “nenhuma dor” e na outra extremidade é indicada “a pior dor possível”.

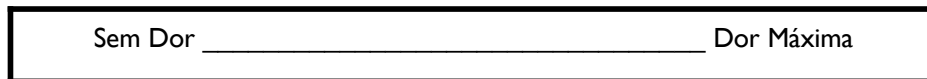


Figura 1- Escala Visual Analógica (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

- Escala Numérica (Figura 2), em que os doentes avaliam a sua dor numa escala de 0 (zero) a 10 (dez), representando zero “nenhuma dor” e dez “a pior dor imaginável”.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Figura 2 - Escala Numérica (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

- Escala Qualitativa (Figura 3), em que conforme o nome indica, os doentes avaliam quantitativamente a sua dor numa escala de cinco categorias, que evolui de forma progressiva de sem dor para dor máxima.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Figura 3 - Escala Qualitativa (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

- Escala de Faces (Figura 4), os doentes estimam a intensidade da dor utilizando o fâcias que mais se adequa à sua dor.

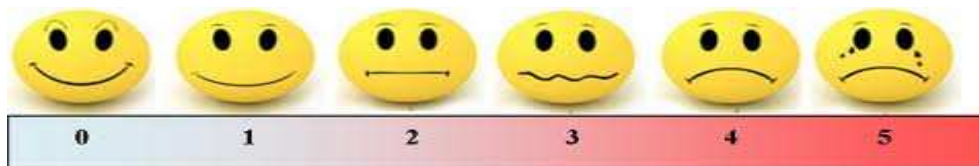


Figura 4 - Escala de Faces (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 3)

A utilização destas escalas deve cumprir as regras de aplicação das escalas de avaliação da dor:

- A avaliação da intensidade da Dor pode efetuar-se recorrendo a uma das escalas;
- A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente;
- A dor registada refere-se ao momento da sua colheita;

- Estas escalas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes e com idade superior a 3 anos;
- A escala utilizada num doente deve ser sempre a mesma;
- O profissional de saúde deve assegurar que o doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

1.2.2. Escalas Multidimensionais

São questionários que se utilizam, tendo por base adjetivos que caracterizam a dor. São escalas utilizadas preferencialmente no contexto da dor crónica e exigem uma colaboração do doente. Um exemplo deste tipo de escala é:

- McGill Pain Questionary (MPQ): avalia a experiência dolorosa do doente, nas dimensões sensorial, afetiva e avaliativa, e é baseada em palavras que os pacientes selecionam para descrever a sua dor. Os questionários são divididos em categorias e cada categoria compreende algumas subclasses. Pede-se ao doente que selecione, em cada classe, a melhor descrição para a sua dor e que lhe atribua uma nota, assim 0 (ausência total) e 4 (extremamente).

1.2.3. Escalas Comportamentais

As repercussões da dor sobre os comportamentos ou sobre a qualidade de vida dos doentes podem ser consideráveis, como tal, estes elementos devem constar do processo de avaliação da dor, havendo a necessidade de recorrer a escalas comportamentais que avaliem essas consequências no estado clínico do doente. Estas escalas fornecem indicadores importantes mas não exploram por completo a experiência dolorosa.

Assim nos doentes que apresentam dificuldade em comunicar, deverão ser avaliados os seguintes parâmetros:

- Comportamento relacionado com dor: movimento, postura e expressão facial;
- Indicadores fisiológicos: Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória;

- Alterações destes parâmetros após a analgesia.

Dentro destas escalas evidenciamos:

- Behavioral Pain Scale (BPS) (Quadro 1) refere-se às observações comportamentais em que o score de cada item varia no intervalo de 1 a 4, sendo que todos os itens em avaliação reportam-se à expressão facial, tónus dos membros superiores e adaptação ao ventilador.

EXPRESSÃO FACIAL	
Relaxada	1
Ligeiramente contraída	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
MEMBRO SUPERIORES/INFERIORES	
Sem movimento	1
Parcialmente flectidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados/cerrados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4
ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA	
Adaptado	1
Adaptado com acesso de tosse esporádicos	2
Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4
Ausência de dor = 3 pontos Dor intensa = 12 pontos	

Quadro 1 - Behavioral Pain Scale (Baseado nas Escalas aplicada no SMI para Avaliação da Dor)

- Non-Verbal Pain Scale (NVPS) (Quadro 2), refere-se aos indicadores fisiológicos e comportamentais. Embora se reconheça que os indicadores fisiológicos não devem ser utilizados como indicadores exclusivos dos níveis de dor, ao formular esta combinação, pensa-se que a avaliação da dor será mais abrangente, que o uso de indicadores comportamentais isoladamente.

Indicadores	0	1	2	Pontuação
1.Face	Sem expressão ou sem sorriso	Careta ocasional. Lacrijamento, testa franzida ou enrugada	Careta frequente, testa franzida ou enrugada	
2.Actividade (movimentos)	Deitado calmamente, posição normal	Chamada de atenção através de movimentos cautelosos lentos	Actividade incansável e/ou reflexos de retracção	
3.Atenção	Deitado calmamente, nenhum posicionamento das mãos sobre a área do corpo	Áreas imobilizadas do corpo, tensão	Rigidez, tensão	
4.Fisiológicos (sinais vitais)	Sinais vitais estáveis, sem alterações nas últimas 4h	Alterações nas últimas 4 horas, num dos seguintes parâmetros: TA sistólica > 20 FC > 20 FR > 10	Alterações nas últimas 4 horas, num dos seguintes parâmetros: TA sistólica >30 FC > 25 FR > 20	
5.Respiração	Valores médios normais de Fr/satO2 Compliance com o ventilador	Fr > 10 acima dos valores médios normais ou % < SatO2 Assincronia moderada com o ventilador	Fr > 20 acima dos valores médios normais ou 10% < SatO2 Assincronia severa com o ventilador	
Total				

Quadro 2 - Non-Verbal Pain Scale (Baseado em KIRWAN, 2008, p. 13)

- Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID) (Quadro 3), em que se avalia a musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação à ventilação mecânica e conforto, com pontuações de 0 a 2 em cada item.

	0	1	2	Pontuação parcial
Musculatura facial	Relaxada	Em tensão, testa franzida e/ou fâcias de dor	Testa franzida habitualmente e/ou dentes cerrados	
Tranquilidade	Tranquilo, relaxado, movimentos normais	Movimentos ocasionais de inquietude e/ou mudança de posição	Movimentos frequentes, incluindo cabeça e/ou extremidades	
Tónus muscular	Normal	Aumentado. Flexão dos dedos das mãos e/ou pés	Rígido	
Adaptação à VM (Descartar outras causas)	Tolera V.M.	Tosse, mas tolera V.M.	Luta com o ventilador	
Conforto	Confortável e/ou tranquilo	Tranquiliza-se ao toque e/ou à voz. Fácil de distrair	Difícil de confortar, ao toque e à voz	
PONTUAÇÃO TOTAL				/10

0: Sem dor	1-3: Dor ligeira. Contemplar outras causas	4-6: Dor Moderada	>6: Dor intensa	
-------------------	---	----------------------	-----------------	--

Quadro 3 - Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (Baseado nas Escalas aplicadas no SMI para Avaliação da Dor)

2. REFLEXÃO

Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação da dor, diminuindo a subvalorização da dor do doente, avaliando frequentemente e registrando as medidas instituídas, uma vez que é o elemento prestador de cuidados que está em contato permanentemente com o doente.

No contexto de Unidades de Cuidados Intensivos, o doente, dificilmente autoavalia o seu grau de dor através de escalas numéricas, seja pela sedação a que está submetido, seja pela ventilação mecânica ou até mesmo as alterações do estado de consciência. Contudo, muitas vezes conseguem exprimir-se por expressões faciais e por vezes movimentos das mãos, mas quando nada disto é viável é necessário avaliar este sinal vital através de outros indicadores observáveis.

A dor é uma experiência sensorial e emocionalmente desagradável associada à real ou potencial lesão dos tecidos. É uma experiência subjetiva, que envolve diversas componentes como a fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva e comportamental.

Considera-se que os doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos apresentem dor moderada a forte e normalmente aguda, com múltiplas origens (doença aguda, cirurgia, trauma, equipamento invasivo, imobilidade, intervenções médicas, de enfermagem, etc). A dor não aliviada tem diversas consequências negativas sendo um fator óbvio de *stress*, podendo prejudicar a evolução do tratamento doente e aumentando o seu tempo de internamento. Deste modo, a resposta a este fator de *stress* envolve os sistemas nervoso, endócrino e imunitário, localizados no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal.

A resposta emitida por estes sistemas aos indicadores fisiológicos, podem ser, de forma direta, sendo esta de curto prazo e indireta, que tem uma duração de médio prazo. Os de curto prazo que provocam subida tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, sudção e dilatação pupilarem. Os de médio prazo desencadeiam a retenção de sódio e água, aumentando volume intravascular e diminuindo a diurese, implica aumento tensão arterial e da pré-carga cardíaca, aumento pressão venosa central. O cortisol pode ainda contribuir para infeção e hiperglicemia. Não podemos esquecer que estes fatores num doente crítico não são apenas influenciados pela dor, existem causas muito mais significativas.

A dor é considerada como o 5º Sinal Vital desde 2003, contudo no Serviço de Medicina Intensiva, a equipa multidisciplinar embora avalie a dor e atue em prevenção da mesma, como por exemplo a pré-sedação antes do banho ou de uma aspiração de secreções, esta ainda não é registada numa escala padrão ou protocolada pelo serviço. Se o fazem instintivamente e por rotina faz todo o sentido, que esta seja monitorizada e controlada regularmente, registando os dados observados, independentemente da situação clínica ou nível de consciência.

Ao avaliar a dor barreira mais óbvia que encontramos é a comunicação ineficaz, especialmente no doente com estado de consciência alterado, mas os peritos recomendam que na ausência de resposta se assuma que os doentes inconscientes têm dor. A Escala Numérica Visual é a “recomendada” para avaliação de Dor em Unidades de Cuidados Intensivos, embora não consiga ser aplicada a doentes com níveis de sedação ou bloqueio neuromuscular instituídos. Para estes doentes a dor deve ser avaliada através de parâmetros fisiológicos ou comportamentais.

Encontram-se a decorrer alguns estudos no nosso país com o objetivo de validar escalas de avaliação da dor em doentes não conscientes ou com incapacidade de comunicar. Assim, do nosso ponto de vista, sugerimos as seguintes recomendações:

- Reforço da informação sobre a dor como 5º sinal vital e a obrigatoriedade da avaliação e registo.
- Divulgar junto dos profissionais de saúde orientações técnicas sobre a abordagem da dor no doente em Cuidados Intensivos.
- Divulgar os vários instrumentos de avaliação da dor e indicar os mais adequados para o doente em Cuidados Intensivos.
- Avaliação e registo da Dor, pelo menos, uma vez turno.

Desta forma, achamos pertinente a utilização conjunta de duas escalas, uma para doentes conscientes e outra para doentes não conscientes. Assim, a escala numérica da dor, seria a recomendada para os doentes conscientes. E a Behavioral Pain Scale para os restantes doentes, embora esta escala não esteja validada internacionalmente.

É importante referir, que neste momento a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, encontra-se a desenvolver um projeto, que pretende criar uma escala para doentes ventilados, com definição de alguns parâmetros de exclusão, com o nome de Plano Nacional de Avaliação da Dor na UCI. Embora este projeto já esteja a decorrer desde janeiro de 2011 e apresentado aos serviços em estudo desde fevereiro de 2011, o Serviço de Medicina Intensiva integrou recentemente (junho 2011), com o intuito de dar o seu contributo para o estudo, pelo período aproximado de 2 meses. Deste modo, este trabalho também contribui para a assentar ideias acerca do fenómeno de dor.

A avaliação da intensidade da dor e adequação de medidas para a otimização terapêutica são aspetos importantes para os profissionais de Medicina Intensiva, para tal, têm sido feitos esforços desde os primórdios das Unidades de Cuidados Intensivos. As características dos doentes, conjuntamente com falta de padronização de avaliação da dor e terapêuticas, poderão influenciar numa subvalorização da Dor.

3. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permite-nos concluir que as Unidades de Cuidados Intensivos exigem aos enfermeiros, cada vez mais, uma atualização permanente. A qualidade da avaliação da dor depende da riqueza das informações obtidas junto do doente. Cada um, no lugar que ocupa, tem um papel importante na execução da avaliação da dor. O sucesso desta tem por base a competência de cada um dos elementos da equipa multidisciplinar.

A avaliação da dor deve ser integrada na continuidade dos cuidados durante as 24 horas e para um controlo eficaz da dor, a equipa deve possuir um suporte escrito de informações transmitidas sobre o doente. Assim, a realização deste trabalho, tem como objetivo final, contribuir para a uniformização de avaliação da dor na prática de cuidados caminhando a par, com o projeto a ser desenvolvido pelo Plano Nacional de Avaliação da Dor.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE; Circular Normativa n.º 09/DGCG DE 14/06/2003 [Em linha]. [Consultado em 02 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.myios.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.
- KIRWAN, Lindsay - *Intensive Care Unit: Adult Non-Verbal Pain Score* [Em linha]. Rochester, 2008. [Consultado em 02 de julho]. Disponível em <http://www.baccnconference.org.uk/downloads/presentations2009/Studio/O30%20Lindsay%20Kirwan.pdf>.
- METZER, Christiane; MULLER, André; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane – *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS; Regulamento n.º 122/2011.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS - Plano Nacional de Avaliação de Dor em Cuidados Intensivos. Lisboa, 2011.
- SHEN, Judith - *Sedative and Analgesia in the Intensive Care Unit* [Em linha]. Volume 14, n.º 9, setembro de 2009. [Consultado em 31 de maio de 2011]. Disponível em [http:// www.fmshk.org/database/articles/04drug_1.pdf](http://www.fmshk.org/database/articles/04drug_1.pdf).

ANEXO II

Os Cuidados de Enfermagem ao Doente com Dor: Pós-Operatório



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Cuidados de Enfermagem ao Doente com Dor:
Pós-Operatório

Estágio – Módulo III

3 de outubro a 26 de novembro de 2011

Trabalho realizado por:

Liliana Sofia de Sousa Carvalho

PORTO, NOVEMBRO 2011

“Dor é aquilo que o doente diz que é”

ANÓNIMO

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala Visual Analógica (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

Figura 2 - Escala Numérica (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

Figura 3 - Escala Qualitativa (Circular normativa 09/DGCG, 2003, P. 2)

Figura 4 - Escala de Faces (Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 3)

ABREVIATURAS E SIGLAS

HPH - Hospital Pedro Hispano

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCIP - Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

N.º - Número

p. - Página

ÍNDICE

0.	INTRODUÇÃO	11
1.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA DOR	13
1.1.	Dor Aguda e Dor Crónica	14
1.2.	Escalas de Avaliação da Dor	15
1.2.1.	Escalas Unidimensionais	15
1.2.2.	Escalas Multidimensionais	17
1.2.3.	Escalas Comportamentais	18
2.	MODALIDADES NO TRATAMENTO DA DOR: PÓS-OPERATÓRIO	19
2.1.	Analgesia Controlada pelo Doente	19
2.2.	Analgesia Epidural	21
2.3.	Cuidados de Enfermagem	21
3.	REFLEXÃO	25
4.	CONCLUSÃO	27
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, está prevista a realização de um Estágio, que se encontra a decorrer, na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do Hospital Pedro Hispano, correspondente ao Módulo de Estágio III.

O Estágio constitui um campo de experiências onde ocorre uma integração entre a teoria e a prática e leva ao desenvolvimento de novas competências e à partilha de experiências profissionais. Uma vez que me encontro num processo de aprendizagem, no que diz respeito ao Curso de Mestrado, é essencial lembrar a responsabilidade acrescida pelo processo de aprendizagem.

Durante a realização do Módulo de Estágio III, foi constatado na Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, que a Dor é um fenómeno já trabalhado pela equipa de enfermagem, mas com necessidade de aprofundar conhecimentos, principalmente no doente que se encontra no pós-operatório. Sendo a Dor um tema atual e cada vez mais estudado pelos profissionais de saúde torna-se essencial a reflexão sobre o tema.

Segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001, p.27), a Dor peri-operatória onde se inclui a Dor pós-operatória é definida como “*dor presente num doente cirúrgico, de qualquer idade, e em regime de internamento ou ambulatório, causada por doença preexistente, devido à intervenção cirúrgica ou à conjugação de ambas*”. Torna-se fulcral a sua avaliação, registo e controlo da Dor, para tal são necessários dois intervenientes “*o doente que sente a dor e o técnico de saúde avalia e alivia a dor sentida*” (Cardoso, 2009, p.13), como tal o controlo da Dor pressupõe uma abordagem multidisciplinar.

A realização deste trabalho tem como objetivos

- Dar resposta a um dos objetivos de Estágio que diz respeito formulação e análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.
- Lembrar conhecimentos sobre a Dor;
- Lembrar conhecimentos sobre a Dor, sua avaliação e controlo;
- Evidenciar o papel do Enfermeiro na avaliação e controlo da Dor;

- Promover a reflexão da problemática da avaliação da Dor;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no doente cirúrgico.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 122/2011, p.8656), é unidade de competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em situação Crítica a “*gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*”. De forma a adquirir e desenvolver novas competências profissionais e dar resposta a o problema detetado, abordarei neste trabalho os cuidados de enfermagem ao doente com dor no pós-operatório.

Este trabalho é constituído por uma Introdução, seguido de um Enquadramento Teórico e Reflexão da Dor e Conclusão. A realização deste trabalho tem por base uma metodologia descritiva bem como a pesquisa bibliográfica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA DOR

A Dor é um fenómeno experienciado por todos nós como sendo uma “(...) *experiência única, eminentemente subjectiva (...)*” (Metzger, 2002, p.XV) e é também definida desde 1994, pela International Association for Study of Pain (citado no Programa Nacional de Controlo da Dor, 2008, p.6) como “(...) *experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial (...)*”.

O enfermeiro como cuidador atento à humanização dos cuidados e assumindo assim um papel fundamental no controlo e alívio da dor, dado que esta constitui o principal motivo de procura de cuidados de saúde da população.

Segundo a circular normativa n.º 09/DGCG, a Dor é considerado o 5º sinal vital desde 14 de junho de 2003, assim sendo, a avaliação e o registo da intensidade da dor constitui uma boa prática clínica “obrigatória” em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. Assim, deve realizar -se:

- O registo sistemático da intensidade da Dor;
- A utilização para a mensuração da intensidade da Dor, de uma das escalas validadas internacionalmente;
- A inclusão na folha de registos dos sinais e sintomas vitais, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

A circular normativa n.º 09/DGCG considera como norma de boa prática os seguintes princípios orientadores:

- **A subjetividade da dor:** a dor não dá origem a qualquer indicador biológico que possa ser medido, pelo que a intensidade da dor é aquela que o doente refere. Deve-se ter em atenção ao controlo da dor dos doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal.
- **A dor como 5º sinal vital:** representa um sinal de alarme para a integridade do doente e fulcral para o diagnóstico, mas não deve ser causa de sofrimento.

- **O direito do doente ao controlo da dor:** todos os doentes têm direito ao controlo adequado da dor, independentemente da causa, de forma a minimizar o sofrimento.
- **O dever da equipa multidisciplinar no controlo da dor:** toda a equipa deve estar desperta para a prevenção e controlo da dor dos doentes que estão ao seu cuidado, contribuindo assim para a humanização dos cuidados.
- **Tratamento diferenciado da dor:** sempre que necessário os doentes deverão ser referenciados para níveis de especialização mais diferenciados.

Segundo vários autores a Dor é um fenómeno comum num doente, tendo repercussões importantes na homeostasia do doente. A Dor não controlada está frequentemente associada: ansiedade; distúrbios do sono; hipercoagulabilidade; imunossupressão; catabolismo aumentado; cicatrização alterada; disfunção pulmonar e ativação do sistema nervoso simpático, com taquicardia e aumento da resistência vascular periférica e do consumo miocárdico de O₂. Assim, o controlo da Dor assume um papel preponderante na prestação de cuidados.

É consensual que vários fatores interferem na Dor sentida pelo doente, desde a doença subjacente ao internamento, ao trauma, à cirurgia, aos cuidados de enfermagem, à imobilização prolongada, a procedimentos invasivos terapêuticos. Deste modo, torna-se, facilmente perceptível que uma analgesia eficaz otimiza:

- Função pulmonar;
- Os níveis de concentração de catecolaminas plasmáticas;
- O consumo miocárdico de O₂.

1.1. Dor Aguda e Dor Crónica

Sendo a dor uma perceção sensorial já experienciada por todos nós, torna-se importante fazer a distinção entre Dor Aguda e Dor Crónica. A Dor quando aguda pode ser um sinal ou sintoma de alarme, que leva a pessoa muitas vezes a procurar resposta para essa dor, quando crónica, torna-se uma doença. Acima de tudo a dor aguda ou crónica é uma ameaça à qualidade de vida do ser humano.

Qualidade de vida é definida como "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (WHOQOL GROUP, 1997, p.1). Segundo Metzger et al. (2002, p.24) na Dor Aguda decorre uma lesão tecidual e é manifestada através do estímulo nociceptivo, provocada pela lesão (Dor pós-operatória ou pós-traumática). Pode manifestar-se até três meses e pode mesmo ser considerado até aos seis meses, qualquer Dor Aguda, pode evoluir para Dor Crónica quando mal tratada, como tal, as queixas álgicas que os doentes referem, não devem ser desvalorizadas.

Cardoso (2009, p.27), refere no seu estudo que "*o controlo eficaz da dor aguda é necessário, pois embora normalmente transitória, ela deverá ser aliviada ou mesmo eliminada sempre que possível, quer por razões éticas, quer porque pode ter consequências tanto fisiológicas como psicológicas.*" Metzger (2002, p.25) descreve a Dor Crónica como resultante de um estímulo nociceptivo persistente de uma lesão dos sistemas nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, sendo frequente a interligação destes mecanismos (Dor neuropática ou a lombalgia).

1.2. Escalas de Avaliação da Dor

A avaliação da Dor assenta nas queixas dos doentes, quando referida como intensa por quem a sente, esta pode não ser imediatamente entendida pelos outros. Quando se realiza uma primeira avaliação da dor, deve estar de acordo com as capacidades de comunicação do doente, como tal devemos ter em atenção os seguintes critérios definidos pelo Programa Nacional de Controlo da Dor (2004-2010):

- Pertinência, especificidade e coerência;
- Fiabilidade, rigor e objetividade para evitar erros, quer do enfermeiro, quer do doente;
- Simplicidade, facilidade e clareza;
- Compreensível e utilizável por todos.

1.2.1. Escalas Unidimensionais

Estas escalas avaliam globalmente a Dor segundo o grau de intensidade, sendo que esta "aparente" simplicidade não deve levar-nos a esquecer que podemos induzir o doente em erro na sua resposta. É de valorizar a importância de pedir ao doente que

registre a Dor que sente no momento e a Dor mais forte que sentiu nas 24 horas anteriores, e a dor mais fraca nesse mesmo intervalo de tempo. Dentro destas escalas temos:

- Escala Visual Analógica, que consiste numa linha de 10cm, em que numa das extremidades é indicada “nenhuma dor” e na outra extremidade é indicada “a pior dor possível”.

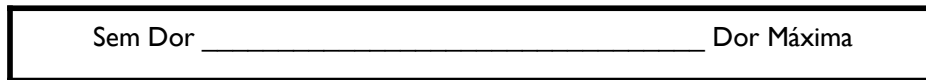


Figura 1- Escala Visual Analógica (Baseado na circular normativa 09/DGCG, 2003, p.2)

- Escala Numérica, em que os doentes avaliam a sua Dor numa escala de 0 (zero) a 10 (dez), representando zero “nenhuma dor” e dez “a pior dor imaginável”.

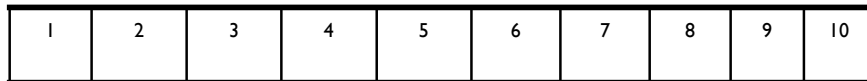


Figura 2 - Escala Numérica (Baseado na circular normativa 09/DGCG, 2003, p.2)

- Escala Qualitativa, em que conforme o nome indica, os doentes avaliam quantitativamente a sua Dor numa escala de cinco categorias, que evolui de forma progressiva de sem dor para dor máxima.



Figura 3 - Escala Qualitativa (Baseado na circular normativa 09/DGCG, 2003, p.2)

- Escala de Faces: os doentes estimam a intensidade da Dor utilizando o fâcies que mais se adequa à sua Dor.



Figura 4 - Escala de Faces (Baseado na circular normativa 09/DGCG, 2003, p.2)

A utilização destas escalas deve cumprir as regras de aplicação das escalas de avaliação da Dor:

- a) *“A avaliação da intensidade da Dor pode efectuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.*
- b) *A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.*
- c) *À semelhança dos sinais vitais a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita.*
- d) *As escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos. Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente Circular, para doentes que não preencham estes critérios.*
- e) *A escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma.*
- f) *Para uma correcta avaliação da intensidade da Dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização.*
- g) *É fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda correctamente o significado e utilização da escala utilizada.”*

(Circular normativa 09/DGCG, 2003, p.1-2)

1.2.2. Escalas Multidimensionais

São questionários que se utilizam, tendo por base adjetivos que caracterizam a dor. São escalas utilizadas preferencialmente no contexto da dor crónica e exigem uma colaboração do doente. Um exemplo deste tipo de escala é:

- McGill Pain Questionary (MPQ): avalia a experiência dolorosa do doente, nas dimensões sensorial, afetiva e avaliativa, e é baseada em palavras que os pacientes seleccionam para descrever a sua dor. Os questionários são divididos

em categorias e cada categoria compreende algumas subclasses. Pede-se ao doente que selecione, em cada classe, a melhor descrição para a sua dor e que lhe atribua uma nota, assim 0 (ausência total) e 4 (extremamente).

1.2.3. Escalas Comportamentais

As repercussões da Dor sobre os comportamentos ou sobre a qualidade de vida dos doentes podem ser consideráveis, como tal, estes elementos devem constar do processo de avaliação da dor, havendo a necessidade de recorrer a escalas comportamentais que avaliem essas consequências no estado clínico do doente. Estas escalas fornecem indicadores importantes mas não exploram por completo a experiência dolorosa.

Assim nos doentes que apresentam dificuldade em comunicar, deverão ser avaliados os seguintes parâmetros:

- Comportamento relacionado com Dor: movimento, postura e expressão facial;
- Indicadores fisiológicos;
- Alterações destes parâmetros após a analgesia.

2. MODALIDADES NO TRATAMENTO DA DOR: PÓS-OPERATÓRIO

No pós-operatório, os doentes estão sujeitos a diversas alterações orgânicas decorrentes da cirurgia às quais são submetidos, *“a dor ocorre como uma dessas principais manifestações, considerada como determinante do quadro clínico imposto pelo procedimento operatório”* (Miranda, 2011, p.328). Segundo este autor (2011, p.328) *“a dor aguda em pós-operatório, decorrente de lesões teciduais agudas, traduz influências que recaem na qualidade de vida, podendo gerar prejuízos à saúde e repercutir em alterações fisiológicas que, se não forem resolvidas, resultam em problemas orgânicos e psicológicos que influenciarão negativamente no estilo de viver”*. Bassanezi (2006, p.116) defende que a dor *“pós-operatória é normal e esperada, associado à falta de conhecimento da fisiologia da dor e da farmacologia dos analgésicos bem como a falta de treinamento da equipe de enfermagem para avaliação do quadro algico, faz com que a atenção da equipe esteja voltada às complicações pós-operatórias mais comuns”*, grande parte dos doentes cirúrgicos experimenta dor intensa no pós-operatório.

2.1. Analgesia Controlada pelo Doente

Esta modalidade terapêutica consiste numa *“técnica que permite ao doente auto-administrar-se doses fracas de morfínicos, por via intra-venosa durante o período pós-operatório”* (Metzger et al., 2002, p.71). Na aplicação da Analgesia Controlada pelo Doente, deve-se ter em consideração três características:

- *“o doente avalia, ele próprio, o nível de dor suportável e , premindo um botão eléctrico, activa a injeção de morfínico, quando considera que o grau de analgesia não é suficiente;*
- *a injeção de morfínico faz-se por via intra-venosa o que, comparando com uma injeção sub-cutânea do mesmo produto, permite reduzir o tempo necessário à obtenção de analgesia e, simultaneamente, controlar melhor a sua qualidade;*
- *a injeção intravenosa de doses baixas de morfínicos, com intervalos curtos, permite ao doente controlar o consumo da droga, em função da*

sua própria sensibilidade dolorosa e da sua susceptibilidade aos produtos, e portanto reduzir os efeitos secundários.”

(Metzger et al., 2002, p.71)

Esta modalidade terapêutica consiste tecnicamente numa bomba eletrónica controlada por um microprocessador que inclui um reservatório que a capacidade permite a autonomia suficiente que evita constantemente encher o reservatório e reprogramar a bomba. Reduzindo assim a incidência de depressões respiratórias devido a erros de programação ou de diluições. Segundo Metzger et al. (2002, p.71-72) “ *a solução ideal é dispor-se de reservatórios preparados pela farmácia, com o máximo de condições de segurança e de esterilidade, reduzindo assim a carga de trabalho do pessoal de cuidados.”*

O analgésico mais utilizado é a morfina/ropivacaína, no entanto o fentanil também pode ser utilizado, em termos de qualidade de analgesia e efeitos secundários não apresentam diferenças significativas em comparação com opióides. O menos recomendado é a buprenorfina, pois em caso de depressão respiratória, muito dificilmente será antagonizada pela naloxona, pelo que o seu uso é pouco recomendado nesta modalidade terapêutica no controlo da dor.

Na administração destes tipos de fármacos é frequente surgir alguns efeitos secundários, tais como:

- Náuseas e vómitos;
- Retenção urinária;
- Prurido;
- Alterações do trânsito intestinal.

A depressão respiratória trata-se de uma complicação grave, embora rara desta técnica terapêutica. Desta forma torna-se importante que seja efectuada uma vigilância do doente que consista no despiste destes efeitos e de forma a instituir rapidamente um tratamento preventivo ou curativo desta técnica.

A Analgesia Controlada pelo Doente na prática clínica diária, requer equipas de enfermagem com formação adequada e conhecimentos atualizados, como tal devem ser estabelecidos protocolos rigorosos para garantir uma boa qualidade da analgesia e como

segurança na utilização Metzger (2002, p.75) defende que “ *a qualidade da analgesia e a função respiratória, são critérios essenciais para uma vigilância adequada*”.

2.2. Analgesia Epidural

A analgesia epidural consiste numa técnica de administração de opióides e/ou anestésicos locais e/ou adjuvantes como a clonidina, a adrenalina ou outros fármacos. É uma técnica de analgesia loco-regional que proporciona uma analgesia forte, que permite controlar a dor em repouso desde o primeiro dia da intervenção cirúrgica. Consiste em “*injectar no espaço epidural cervical, torácico ou, na maioria dos casos, lombar, um anestésico local que não provoca bloqueio motor*” (Metzger et al., 2002, p.89). Esta injeção pode ser única ou contínua, através de um cateter epidural que é colocado antes da indução anestésica e são utilizados durante o período peri-operatório. Os efeitos secundários dos fármacos utilizados na analgesia epidural são:

- Sonolência;
- Náuseas e vômitos;
- Prurido;
- Retenção urinária;
- Hipotensão;
- Bradicardia;
- Depressão respiratória.

Além dos efeitos secundários referidos podem surgir complicações associadas à técnica como o hematoma/abcesso epidural, síndrome meníngeo e infeção do local da punção.

2.3. Cuidados de Enfermagem

A vigilância dos doentes que são submetidos a estas modalidades terapêuticas no controlo da dor, devem ser feitas em unidades de cuidados intermédios ou de recobro nas primeiras 24 horas, a partir do segundo dia pode ser efetuada num serviço de cirurgia, desde que todo o pessoal médico e de enfermagem possuam competências sobre a avaliação e controlo da dor.

Todos os enfermeiros devem ter formação adequada sobre a analgesia controlada pelo doente e a analgesia epidural, fármacos utilizados e as complicações

associadas, pois da sua vigilância depende a eficácia e segurança destas modalidades analgésicas. O período pré-operatório é sempre acompanhado de ansiedade devido ao medo de sentir dor no período pós-operatório. É importante que o profissional de saúde que acompanha o doente esclareça-o sobre as modalidades terapêuticas, o objetivo e as complicações que estão associadas, para que o doente também possa participar na escolha da sua analgesia.

O enfermeiro tem também um papel muito importante nesta fase, deve reforçar a ideia, de que no pós-operatório o objetivo é a dor mínima ou ausência de dor e informar o doente dos seguintes aspetos:

- Periodicamente será questionado sobre a sua dor;
- Irá ser monitorizado para despiste precoce de eventuais complicações;
- Será verificado o penso dos cateteres;
- Será questionado quanto à sensibilidade e mobilidade dos membros inferiores;
- No período pós-operatório imediato, pode sentir alteração da sensibilidade e/ou mobilidade num dos membros inferiores ou em ambos.

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório, têm como objetivo determinar a eficácia da analgesia, com base na avaliação que o doente faz da sua própria dor e através da pontuação que a ela atribui; detetar precocemente e atuar em caso de complicações associadas aos fármacos e à modalidade utilizada.

O papel do enfermeiro centra-se nos protocolos da Unidade de Dor Aguda, o enfermeiro atua como elo de ligação entre o doente e o anestesista, na medida em que é ele que torna visível a dor do doente. Em qualquer dos serviços onde o doente é internado no pós-operatório, deve existir um adequado rácio enfermeiro/doente e uma monitorização contínua de, pelo menos, Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e oximetria de pulso. Os cuidados enfermagem a um doente com a analgesia controlada pelo doente e a analgesia epidural são:

- Incentivar o doente a verbalizar o seu desconforto e/ou dor;
- Monitorizar a dor uma vez turno;
- Monitorização da dor sempre que for necessário administrar analgesia;

- Utilizar a escala de avaliação da dor;
- Detetar sinais fisiológicos e comportamentais de dor;
- Avaliar a intensidade da dor uma vez por turno ou em intervalos mais curtos se o doente referir dor.
- Monitorização contínua de Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória e oximetria;
- Registo de 3/3 horas dos parâmetros vitais acima mencionados.
- Vigiar o penso pelo menos uma vez turno;
- Realizar penso do local de inserção do cateter epidural com técnica asséptica de 3/3 dias ou em SOS;
- Utilizar penso transparente no local de inserção para despiste de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter;
- Questionar o doente pelo menos uma vez turno sobre alterações de sensibilidade e/ou mobilidade ao nível dos membros inferiores;
- Pedir ao doente para descrever a extensão da alteração da sensibilidade e/ou mobilidade;
- Avaliar o grau de satisfação do doente sobre o controlo da sua dor.

3. REFLEXÃO

A dor é uma experiência subjetiva, que envolve diversas componentes como a fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva e comportamental. No contexto da Dor Aguda no pós-operatório e *“sendo a dor aguda pós-operatória uma dor com causa determinada ela é vivenciada por cada individuo de maneira distinta”* (Cardoso, 2009, p.31).

A dor não aliviada tem diversas consequências negativas sendo um fator óbvio de stress, podendo prejudicar a evolução do tratamento doente e aumentando o seu tempo de internamento.

Cardoso (2009, p.33) defende que *“a organização da analgesia no pós-operatório passa pela existência de unidades de dor aguda, referenciadas nas recomendações estratégicas no plano nacional de luta contra a dor”*, desta forma e uma vez que os enfermeiros fazem parte da equipa multidisciplinar, os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação e tratamento da dor, diminuindo a subvalorização da dor do doente, avaliando frequentemente e registando as medidas instituídas, uma vez que é o elemento da equipa multidisciplinar que está em contato permanentemente com o doente. Segundo Bassanezi (2006, p.120) *“o controle da dor pós-operatória é o primeiro passo para a diminuição da morbi-mortalidade dos pacientes cirúrgicos, pois permite a realização de fisioterapia e deambulação precoces e diminui o "stress" físico e psicológico destes pacientes”*.

A analgesia controlada pelo doente e a analgesia epidural são duas modalidades terapêuticas no controlo da dor que promovem uma analgesia de boa qualidade, sendo eficaz no controlo da dor em repouso como em esforço, otimizando a recuperação do doente no pós-operatório. Em contrapartida exigem do pessoal médico e de enfermagem um vasto leque de conhecimentos sobre estas técnicas bem como dos fármacos utilizados. Bassanezzi (2006, p.117) refere que *“o tratamento da dor pós-operatória deve ser feito de forma regular e não de demanda, atendendo as necessidades individuais de cada paciente, devendo haver familiaridade com a técnica e as drogas escolhidas, especialmente por parte da equipe médica e de enfermagem, que cuida do paciente”*.

Existe hoje em dia uma grande variedade de técnicas e de fármacos para controlo da dor no pós-operatório. O ideal é a utilização da associação de drogas e técnicas analgésicas, de forma a melhorar a qualidade de vida dos doentes e diminuir os efeitos secundários do tratamento da dor. Para isto acontecer também é necessário que a equipa de enfermagem demonstre conhecimento, treino e a familiaridade com as drogas e com as técnicas utilizadas. Só assim se pode garantir a melhoria da qualidade dos cuidados pós-operatórios, daí a necessidade de estabelecer um protocolo de dor aguda no pós-operatório. Através do controlo da dor procura-se constantemente a garantia da qualidade dos cuidados em que devemos ter em atenção os seguintes aspetos:

- Desenvolver a avaliação da dor nas instituições de saúde;
- Informar o doente que os procedimentos aos quais podem estar sujeitos podem provocar dor;
- Garantir aos doentes que a dor é controlada.

4. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permite-me concluir que a avaliação e tratamento da dor exigem aos enfermeiros, cada vez mais, uma atualização da informação, uma vez que *“o controle da dor pós-operatória é o primeiro passo para a diminuição da morbimortalidade dos pacientes cirúrgicos, pois permite a realização de fisioterapia e deambulação precoces e diminui o "stress" físico e psicológico destes pacientes”* (Bassanezi, 2006, p.120).

A qualidade da avaliação da dor depende da riqueza das informações obtidas junto do doente. Cada um, no lugar que ocupa, tem um papel importante na execução da avaliação da dor. O sucesso desta tem por base a competência de cada um dos elementos da equipa multidisciplinar.

A avaliação da dor deve ser integrada na continuidade dos cuidados durante as 24 horas, para um controlo eficaz da dor, a equipa deve possuir de um suporte escrito de informações transmitidas sobre o doente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASSANEZI, Betina; GONÇALVES, António - **Analgesia pós-operatória** [Em linha]. *Rev. Col. Bras. Cir.*, abril 2006, vol.33, no.2. ISSN 0100-6991. [Consultado a 3 de novembro de 2011]. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- CARDOSO, Isabel - Fatores Motivadores do Abandono da Avaliação e Registo Sistematizado do 5º Sinal Vital [Em linha]. Dissertação de candidatura ao Grau de Mestre de Ciências da Dor. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa: 2009. [Consultado a 14 de novembro de 2011]. Disponível http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1027/1/18069_ulsd_dep.17631re_Tese_IsabelCardoso.pdf.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Luta Contra a Dor; Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor [Em linha]. Lisboa: 2001. [Consultado a 14 de novembro de 2011]. Disponível <http://www.google.pt/#pq=dor+p%C3%B3s+operat%C3%B3rio+repositorio&hl>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Controlo da Dor [Em linha]. Lisboa; 2008. [Consultado a 14 de novembro de 2011]. Disponível <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE; Circular Normativa n.º 09/DGCG DE 14/06/2003 [Em linha]. [Consultado em 2 de junho de 2011]. Disponível <http://www.myios.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.

- METZER, Christiane; MULLER, André; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane - **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.
- MIRANDA, Adriana de Fátima Alencar; SILVA, Lúcia de Fátima; CAETANO, Joselany Áfio; SOUSA, Ana Cláudia; ALMEIDA, Paulo César - *Avaliação da intensidade de dor e sinais vitais no pós-operatório de cirurgia cardíaca* [Em linha]. Rev Esc Enferm USP 2011; 45 (2):327-33.[Consultado a 3 de novembro de 2011]. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a03.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS; Regulamento n.º 122/2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Whoqol: Measuring Quality of Life [Em linha]. Genebra: WHO; 1997. [Consultado a 9 de novembro de 2011]. Disponível http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

ANEXO III

O Perfil do Enfermeiro de Urgência/Emergência



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**PERFIL DO ENFERMEIRO
DE
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

Aluno: Liliana Sofia de Sousa Carvalho

Sob orientação de: Professora Amélia Rego

Porto, Janeiro de 2012

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	5
1. PERFIL DO ENFERMEIRO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	7
2. CONCLUSÃO	13
3. BIBLIOGRAFIA	15

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que no seu plano de estudos contempla o Estágio como Unidade Curricular. Encontrando-me a frequentar o Módulo de Estágio I que está a decorrer no Serviço de Urgência do Hospital de Valongo torna-se essencial refletir sobre o Perfil do Enfermeiro de Urgência/Emergência.

O Serviço de Urgência tem como principal objetivo proporcionar cuidados contínuos e de elevada qualidade ao doente crítico, num ambiente técnico e humanamente privilegiado, que permita enfrentar e resolver a generalidade das situações apresentadas.

A realidade do Serviço de Urgência é repleta de situações graves e complexas, onde é exigido aos profissionais de saúde que aí trabalham, destreza, empatia, competência e rapidez na atuação, pois disso depende, muitas vezes, a eficácia do cuidado e em última análise a vida do doente. Apesar de aparentemente, o processo profissional de cuidar parecer ser um processo lógico, este requer o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências.

A realização deste trabalho tem como objetivos:

- Demonstrar o papel do Enfermeiro de Urgência/Emergência;
- Refletir sobre as competências do Enfermeiro de Urgência/Emergência;
- Enumerar as características do Enfermeiro de Urgência/Emergência.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes de forma a facilitar a sua apresentação, a Introdução procura justificar a pertinência do tema, segue-se uma abordagem à Enfermagem de Urgência/Emergência onde procurarei descrever o Perfil do Enfermeiro e termino com a conclusão. A elaboração deste trabalho tem por base uma metodologia descritiva bem como a pesquisa bibliográfica.

1. ENFERMAGEM DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

A Urgência/Emergência é uma área que exige dos profissionais de saúde que nele trabalham, um olhar atento para saber gerir as inúmeras situações que deste contexto advém. Assim torna-se importante caracterizar os Serviços de Urgência que são definidos pelo Ministério da Saúde (2003, p.6) como

“(...) serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas (...)”, ou seja, “(...) toda a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais”.

A Enfermagem de Urgência é pluridimensional, citando Macphail (2001, p.3), esta

“(...) define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e processos de doença (...) prestam cuidados a todas as populações de todas as idades, por todo um espectro de doenças, medidas de salvamento da vida e membros, e de prevenção de lesões (...) requerendo um conjunto impar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas”.

A equipa de saúde em particular o Enfermeiro deve estar desperto para situações, agindo assertivamente, avaliando e diagnosticando a situação e ser capaz de estabelecer um plano de ação que permita responder às necessidades do doente e família, facilitando a sua adaptação e promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes. Assim torna-se central promover uma reflexão crítica das competências de enfermagem face às novas exigências e à constante atualização dos conhecimentos. Indo de encontro com a prática clínica, verificamos que existem novos conhecimentos nesta área de atuação, que exigem ao Enfermeiro uma constante atualização, de forma a este adaptar-se às novas exigências profissionais.

Segundo Pontes et al. (2008, p.12) *”aos enfermeiros da urgência são exigidos procedimentos perfeitos, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são*

atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade.”. Desta forma para além da motivação profissional, as instituições devem de colaborar na formação de forma a interligar a teoria e a prática.

A Enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, orientando o seu caminho e adaptando-se às exigências permanentes da evolução da profissão/disciplina. Como refere Pontes et al. (2008, p. 17)

“o enfermeiro, tanto no seu papel de cidadão, como no seu papel de profissional, não se deve alhear destas mudanças que ocorrem no meio colectivo onde vive e exerce as suas funções. Para evitar que isso aconteça, deve possuir certas qualidades fundamentais que o ajudem, ao longo de toda a sua vida, adquirir os saberes necessários e a desenvolver as suas próprias competências. Tudo isto requer o desenvolvimento de capacidades pessoais, saberes, saberes fazer e saber ser ou estar na profissão.”

Vários autores sublinham a importância na profissão de enfermagem de **Saber**, **Saber Fazer** e **Saber Ser** contemplando acima de tudo os valores pessoais e profissionais. Pires (1994) citado por Pontes et al. (2008, p.19) identifica onze competências genéricas principais:

- **Espírito de Iniciativa**, capacidade do indivíduo em propor ou realizar ações, antes de ser solicitado ou sem ser forçado pelos acontecimentos;
- **Perseverança**, ser capaz de realizar ações várias vezes e de diferentes modos, até ultrapassar obstáculos;
- **Criatividade**, ser imaginativo, ter ideias originais ou significativas para o seu desempenho;
- **Sentido de Organização**, traçar planos orientadores de forma a alcançar os objetivos propostos;
- **Espírito Crítico**, ter a capacidade de analisar sistematicamente o que faz, como faz e porque se faz;
- **Auto-controle**, manter a calma e controlo em situações de grande stress emocional;
- **Atitude de Liderança**, aptidão para se responsabilizar por um grupo, e habilidade para organizar os esforços coletivos de um modo eficiente;
- **Persuasão**, arte de persuadir os outros obtendo o seu apoio;

- **Auto-confiança**, sentimento de segurança das suas próprias capacidades e habilidades;
- **Percepção e Interpercepção nas Relações Pessoais**, capacidade intuitiva de captar as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros;
- **Preocupação e Solicitude em Relação aos Outros**, estar disponível para os outros, manifestando preocupação verdadeira pelas suas necessidades e bem-estar.

Assim, o Enfermeiro deve adquirir todo um conjunto de competências, privilegiando para tal as situações de trabalho, de modo a desenvolver um perfil profissional próprio, pela integração dos diversos saberes.

No quotidiano do Enfermeiro torna-se importante o investimento na formação, que se traduz numa maior segurança na prestação de cuidados. Pois a competência é adquirida quando a formação é aplicada devidamente e com conhecimento de causa, nas situações de trabalho concreto. Neste contexto, a formação desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e atitudes. Também a comunicação entre a equipa multiprofissional em contexto de emergência assume um papel importante. Pontes et al. (2008, p. 27) referem algumas condições necessárias ao adequado desenvolvimento de trabalho em equipa, tais como a *“partilha de objetivos comuns; compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um; existência de recursos humanos e materiais suficientes; cooperação activa e confiança mútua; liderança adequada e eficaz; rede de comunicação circular, aberta e multidireccional; mecanismos de feed-back e de avaliação”*.

Para o sucesso do trabalho em equipa é fundamental que todos os elementos saibam o seu lugar dentro da equipa. Podemos também referir que faz parte das competências do Enfermeiro de Urgência/Emergência realizar avaliação do doente que lhe é transmitida por quem acompanha o doente quer seja familiares ou então profissionais de saúde que acompanham o doente. A avaliação do doente urgente/emergente, assenta na seguinte nomenclatura, composta pelo A B C D E.

A - *Airway*: permeabilização da via aérea e estabilização da coluna cervical;

B - *Breathing*: ventilação e respiração;

C - *Circulation*: circulação;

D - *Desability*: disfunção neurológica;

E - *Expose*: exposição com controlo de temperatura.

Deste modo, o Enfermeiro necessita de aperfeiçoar algumas características necessárias para poder trabalhar em Urgência/Emergência. Estas características não se referem apenas aos conhecimentos que possui, mas também à rapidez, agilidade e subtileza com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou morte para o doente.

Segundo a Comissão Regional do Doente Critico (2009, p.24), aos Enfermeiros de Urgência “*é desejável que os Enfermeiros possuam certificação equivalente ou uma Especialidade na vertente do Doente Urgente, obtida através de processo definido internamente pela Ordem dos Enfermeiros*”. Assim é recomendado a seguinte formação para os profissionais que efetuam atendimento de primeira linha dos Serviços de Urgência:

Serviço de Urgência Básico

- Formação em Suporte Avançado de Vida;
- Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
- Formação em Emergências Pediátricas (Suporte Imediato de Vida Pediátrico);
- Formação em Transporte de Doentes Críticos;
- Formação em Vias Verdes.

Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica

- Formação em Suporte Avançado de Vida;
- Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
- Formação em Emergências Pediátricas (Suporte Imediato de Vida Pediátrico);
- Formação em Transporte de Doentes Críticos;
- Formação em Vias Verdes.

Serviços de Urgência Polivalente

- Formação em Suporte Avançado de Vida;
- Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
- Formação em Emergências Pediátricas (Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Suporte Avançado de Vida Pediátrico em Trauma);

- Formação em Cuidados Intensivos;
- Gestão de Situações Multivítimas;
- Formação em Ventilação e Controle Hemodinâmico;
- Formação em Transporte de Doentes Críticos;
- Formação em Vias Verdes.

A formação em comunicação e relacionamento em equipa também deve ser contemplada nos planos de formação, pois o Enfermeiro deve acompanhar o progresso e manter constante a atualização dos conhecimentos, segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 88.º (2009, p.77) o Enfermeiro deve “*manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”.

Resumindo, as competências do Enfermeiro de Urgência/Emergência devem estar baseadas no conhecimento científico, na técnica profissional e nos valores pessoais e profissionais. A soma destes elementos gera as competências necessárias para uma boa prática de Enfermagem de Urgência/Emergência.

2. CONCLUSÃO

A Urgência/Emergência hospitalar, como palco da intervenção do Enfermeiro, possuem características próprias que são necessárias consolidar. Das múltiplas expectativas do doente/família, à necessidade de diagnósticos rápidos, assim como de intervenções adequadas e determinantes. Exigem do Enfermeiro, a avaliação permanente, conhecimentos e competências que o distinguem na sua área de intervenção. Por outro lado assistimos com frequente regularidade a alterações contínuas no setor da saúde que obrigam a constantes reformulações. Compreende-se, portanto, que as competências do Enfermeiro de Urgência/Emergência são constituídas a partir de uma dinâmica de trabalho muito variada. E comportam a vertente técnica, pessoal e relacional. Além da detenção de um conhecimento específico necessário para salvar vidas, o trabalho ainda possibilita muitos momentos de autonomia e criação diante da imprevisibilidade. Assim, destaca-se a importância de se vislumbrar cada contexto de trabalho, pois é na sua particularidade e complexidade que se constroem as relações e os meios que favorecem a profissão.

3. BIBLIOGRAFIA

- COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO – Um ano de reflexão e mudança [Em linha]. Administração Regional de Saúde do Norte, IP: 2009. [Consultado a 17 de Janeiro de 2012]. Disponível http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro_CRDC.pdf.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª Série – Nº 176 – 12 de Setembro de 2006. Despacho nº 18459/2006, de 30 de Junho. p. 18611-18612.
- ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. Artigo 88.º. 2009, p.77.
- MACPHAIL, Estelle - Panorâmica da Enfermagem de Urgência. In SHEELY, S. - *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática*. Loures: 2001. Lusociência.
- PONTES, Bela; MENDONÇA, Conceição; ORNELAS, Gonçalo; NUNES, Madalena - *Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM* [Em linha]. Universidade Atlântica: Funchal, 2008. [Consultado a 8 de Janeiro de 2012]. Disponível www.citma.pt/Uploads/Madalena%20Nunes.pdf.

ANEXO IV
Ação de Formação



AVALIAÇÃO DA DOR EM CUIDADOS INTENSIVOS

Fabiana Silva
Liliana Carvalho

Objetivos

- Relembrar conhecimentos sobre a Dor;
- Enumerar e Definir medidas de avaliação da Dor;
- Promover estratégias para Avaliação e Registo da Dor.

Avaliação da Dor no Doente em Cuidados Intensivos

- É o 5º **SINAL VITAL** desde 14 de junho de 2003

Segundo a circular normativa
n.º 09/DGCG



Avaliação da Dor no Doente em Cuidados Intensivos

- *“Dor é aquilo que o doente diz*



BOA PRÁTICA assenta em:

- Registo sistemático da intensidade da Dor;
- Utilização para a mensuração da intensidade da Dor, de uma das escalas validadas internacionalmente;
- Inclusão na folha de registos dos sinais e sintomas vitais, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

Princípios Orientadores para Avaliação da Dor

- **A subjetividade da Dor;**
- **A Dor como 5º sinal vital;**
- **O direito do doente ao controlo da Dor;**
- **O dever da equipa multidisciplinar no controlo da Dor;**
- **Tratamento diferenciado da Dor.**

O que causa Dor?

- Doença subjacente ao internamento;
- Trauma;
- Cirurgia;
- Imobilização prolongada;
- Procedimentos invasivos terapêuticos;
- Cuidados de Enfermagem
 - Aspiração de secreções, posicionamentos, ruído, etc...



Dor não controlada

Pode provocar:

- Ansiedade;
- Distúrbios do sono;
- Hipercoagulabilidade;
- Imunosupressão;
- Catabolismo aumentado;
- Cicatrização alterada;
- Disfunção pulmonar;
- Ativação do sistema nervoso simpático, com taquicardia e aumento da resistência vascular periférica e do consumo miocárdico de O₂.

Analgesia eficaz otimiza:

- Função pulmonar;
- Os níveis de concentração de catecolaminas plasmáticas;
- O consumo miocárdico de O₂.

Dor Aguda e Dor Crónica

Dor Aguda

Decorre de lesão tecidual e é manifestada através do estímulo nociceptivo, provocada pela lesão

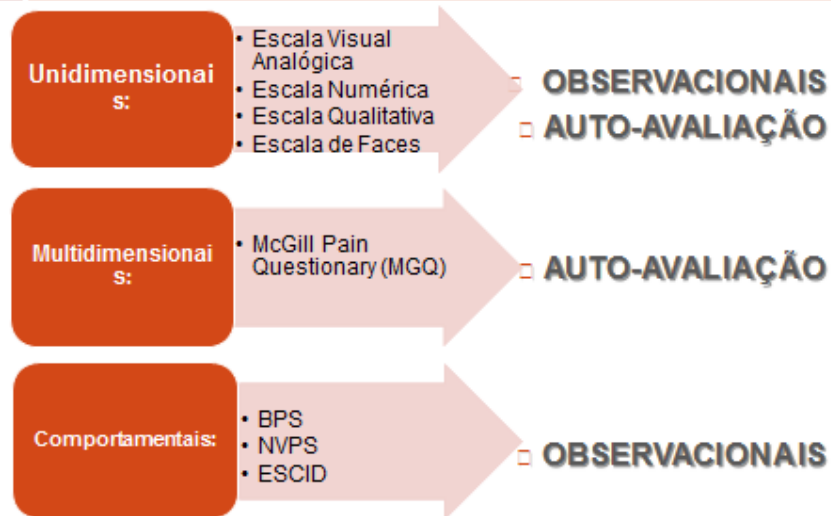
(Dor pós-operatória ou pós-traumática).

Dor Crónica

Resulta de um estímulo nociceptivo persistente de uma lesão dos sistemas nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, sendo frequente a interligação destes mecanismos

(Dor neuropática ou a lombalgia)

Escalas de Avaliação de Dor



Escalas de Avaliação da Dor

Critérios:

- Pertinência, especificidade e coerência;
- Fiabilidade, rigor e objetividade para evitar erros, quer do enfermeiro, quer do doente;
- Simplicidade, facilidade e clareza;
- Compreensível e utilizável por todos.

Escalas Unidimensionais

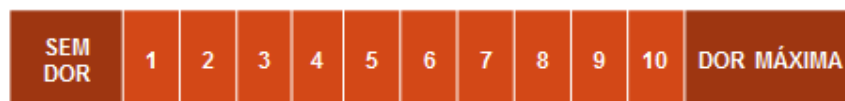
- Escala Visual Analógica



(Circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

Escalas Unidimensionais

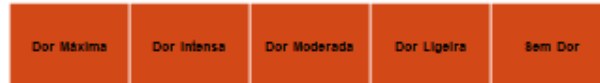
- Escala Numérica



(Circular normativa 09/DGCG, 2003, p.2)

Escalas Unidimensionais

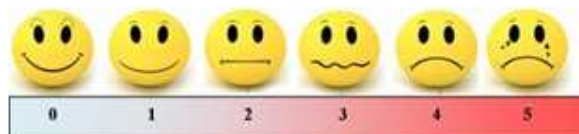
□ Escala Qualitativa



(Baseado na circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 2)

Escalas Unidimensionais

□ Escala de Faces



(Baseado na circular normativa 09/DGCG, 2003, p. 3)

Regras de aplicação de Escalas

AVALIAR a intensidade da DOR	recorrendo a uma das escalas
A intensidade da Dor	É sempre a referida pelo doente
REGISTAR	No momento da sua colheita
Aplicam-se em	doentes conscientes e colaborantes e com idade superior a 3 anos
Escala a utilizar	deve ser sempre a mesma
Assegurar	doente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada

Escalas Multidimensionais

- Avalia a experiência dolorosa do doente, nas dimensões sensorial, afetiva e avaliativa;
- Baseada em palavras que os pacientes selecionam para descrever a sua dor.
- Exemplo: **McGill Pain Questionary**.

Escalas Comportamentais

Parâmetros de Avaliação:

- Comportamento relacionado com dor (movimento, postura e expressão facial);
- Indicadores fisiológicos: TA, FC, FR;
- Alterações destes parâmetros após a analgesia.

Behavioral Pain Scale

EXPRESSÃO FACIAL	
Relaxada	1
Ligeiramente contraída	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
MEMBRO SUPERIORES/INFERIORES	
Sem movimento	1
Parcialmente flectidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados/fechados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4
ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA	
Adaptado	1
Adaptado com acesso de tosse esporádicos	2
Desadaptação/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

Ausência de dor = 3 pontos Dor Intensa = 12 pontos

(Baseado nas Escalas aplicadas no SMI para Avaliação da Dor)

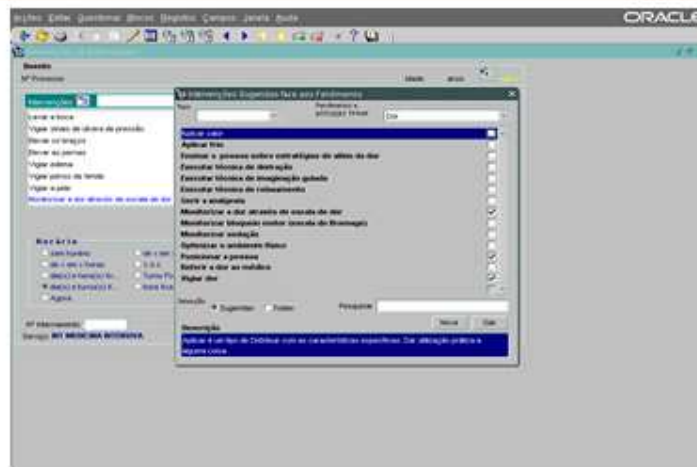
Non-Verbal Pain Scale

Indicadores	0	1	2	Pontuação
1.Face	Sem expressão ou sem sorriso	Cara ocasional, Lacrimento, testa franzida ou enrugada	Cara frequente, testa franzida ou enrugada	
2.Atividade (movimentos)	Delado calmamente, posição normal	Chamada de atenção através de movimentos casuais ou lentos	Atividade incansável e/ou reflexos de retração	
3.Atenção	Delado calmamente, nenhum posicionamento das mãos sobre a área do corpo	Áreas imobilizadas do corpo, tensão	Rígido, tensão	
4.Fisiológicos (sinais vitais)	Sinais vitais estáveis, sem alterações nas últimas 4h	Alterações nas últimas 4 horas, num dos seguintes parâmetros: TA sistólica > 20 FC > 20 FR > 10	Alterações nas últimas 4 horas, num dos seguintes parâmetros: TA sistólica > 20 FC > 25 FR > 20	
5.Respiração	Valores médios normais de $P_{a}O_2$ Compliance com o ventilador	P_r > 10 acima dos valores médios normais ou 1% \dot{V}_E $P_{a}O_2$ Assincronia moderada com o ventilador	P_r > 20 acima dos valores médios normais ou 10% \dot{V}_E $P_{a}O_2$ Assincronia severa com o ventilador	
(Baseado em KIRWAN, 2008, p. 13)				Total

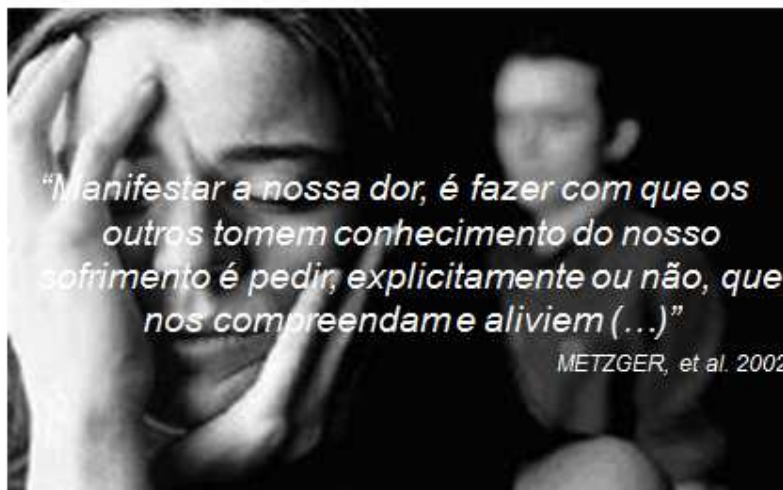
Escala de Comportamentos Indicadores de Dor

	0	1	2	Pontuação por item
Musculatura facial	Relaxada	Em tensão, testa franzida e/ou fúrias de dor	Testa franzida habitualmente e/ou dentes cerrados	
Tranquilidade	Tranquilo, relaxado, movimentos normais	Movimentos ocasionais de inquietude e/ou mudança de posição	Movimentos frequentes, incluindo cabeça e/ou extremidades	
Tonus muscular	Normal	Aumentado. Flexão dos dedos das mãos e/ou pés	Rígido	
Adequação à VM (Desartar ouais)	Tolera V.M.	Tosse, mas tolera V.M.	Luta com o ventilador	
Conforto	Confortável e/ou tranquilo	Tranquiliza-se ao toque e/ou à voz. Fácil de distrair	Difícil de confortar, ao toque e à voz	
PONTUAÇÃO TOTAL				/10
0: Sem dor	1-3: Dor ligeira. Contém	4-6: Dor moderada	>6: Dor intensa	
(Baseado nas Escalas aplicadas no SMI para Avaliação da Dor)				

Registo Informático – SAPE10



Avaliação da Dor no Doente em Cuidados Intensivos



Referências Bibliográficas

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE; Circular Normativa n.º 09/DGCG DE 14/06/2003 [em linha]. [Consultado em 02 de junho de 2011]. Disponível em <http://www.myios.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>. KIRWAN, Lindsay – Intensive Care Unit: Adult Non-Verbal Pain Score. [em linha]. Rochester, 2008. [consultado em 01 de julho]. Disponível em <http://www.baccnconference.org.uk/downloads/presentations2009/Studio/O30%20Lindsay%20Kirwan.pdf>.
- METZER, Christiane; MULLER, André; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane - **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS; Regulamento n.º 122/2011.

Avaliação da Dor no Doente em Cuidados Intensivos



Questões?

AÇÃO DE FORMAÇÃO
AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Formandos

LOCAL DE FORMAÇÃO: _____

DESIGNAÇÃO DA AÇÃO: _____

SERVIÇO: _____

Assinale com um X, o valor da escala que considere mais adequado à avaliação dos itens assinalados (sendo 1 o nível mais baixo e 5, o mais alto).

1. AVALIAÇÃO

1.1. Avaliação Geral da Ação

	1	2	3	4	5
Os objetivos propostos foram cumpridos					
A metodologia foi adequada aos participantes					
Os trabalhos práticos propostos apresentaram coerência					
A gestão de recursos foi adequada					
O equipamento informático foi adequado					
A ação de formação veio ao encontro das minhas necessidades de formação					
As competências adquiridas vão ter impacto na minha atividade profissional					

1.2. Avaliação dos Formadores

	1	2	3	4	5
Os conteúdos foram adequados					
Houve aprofundamento dos temas					
A articulação dos diferentes conteúdos temáticos foram concretizados					
O formador demonstrou dominar os conteúdos tratados					

1.3. Exposição

	1	2	3	4	5
A linguagem utilizada foi clara e assertiva					
A adaptação do discurso aos destinatários foi conseguida					
Houve capacidade para esclarecer dúvidas					

2. Apreciação Global

Fraca

Satisfatória

Boa

Muito boa

Excelente

Data _____/2011

Avaliação da Dor no Doente em Cuidados Intensivos

Avaliação da Ação de Formação

Objetivos Cumpridos

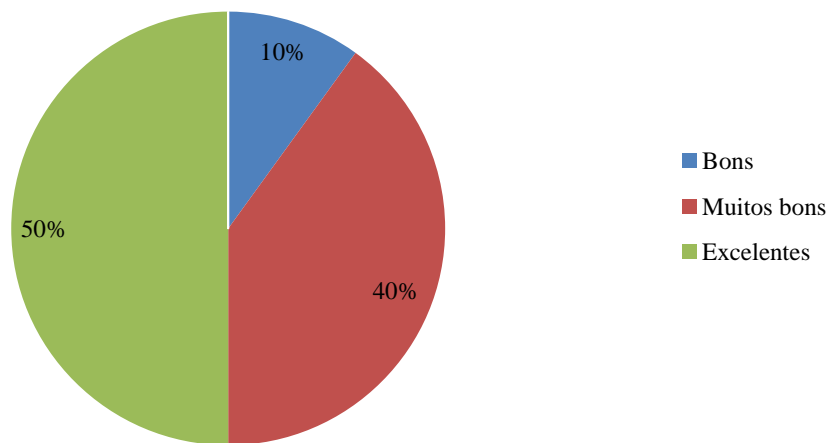


Gráfico 1 - Objetivos Cumpridos

Metodologia Adequada

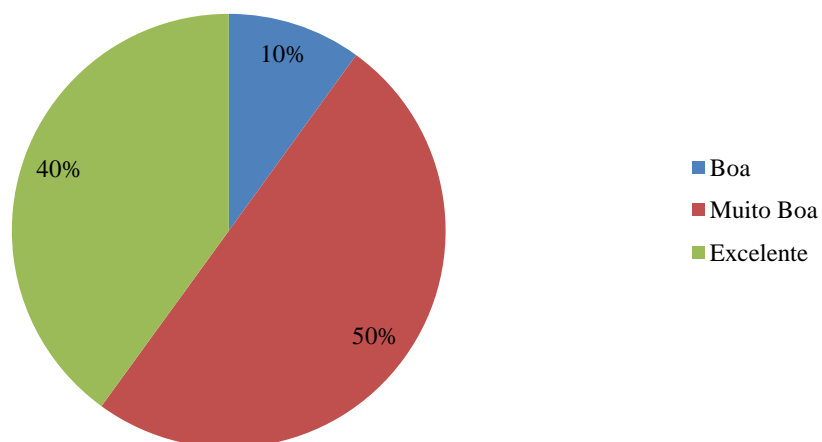


Gráfico 2- Metodologia Adequada

Gestão de Recursos

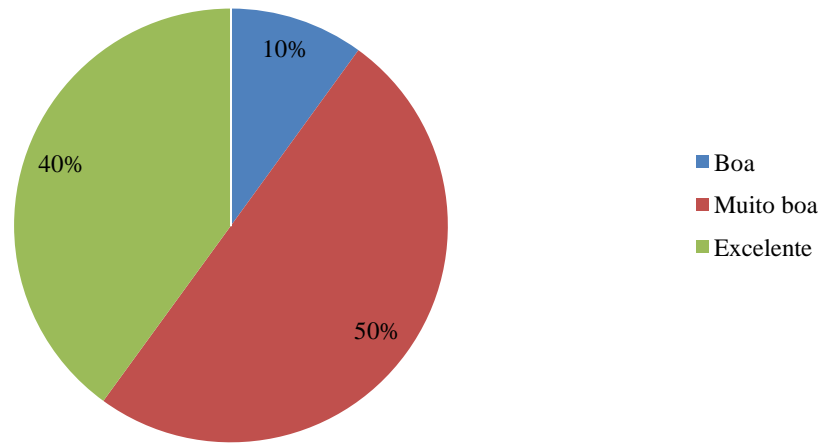


Gráfico 3 - Gestão de Recursos

Equipamento Adequado

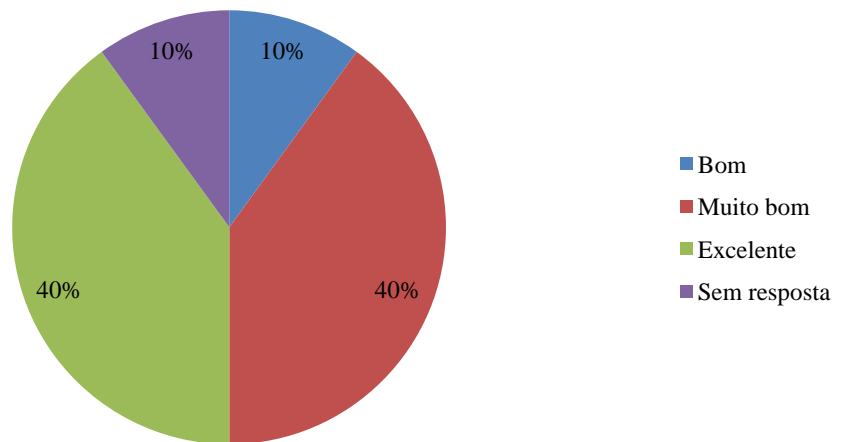


Gráfico 4 - Equipamento Adequado

Coerência do Trabalho

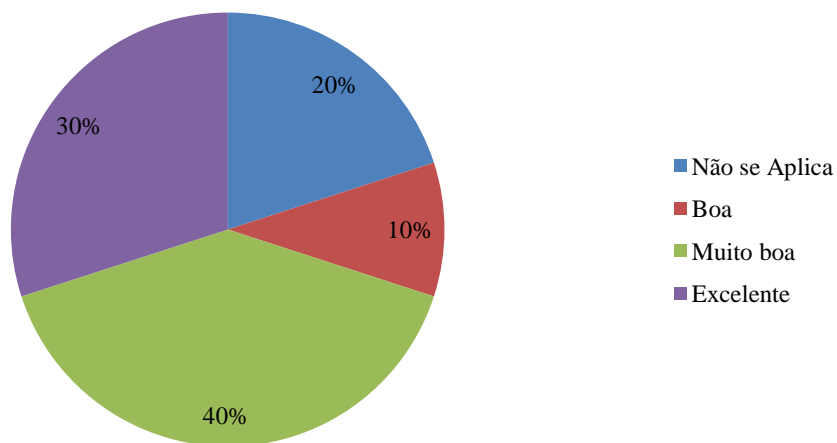


Gráfico 5 - Coerência do Trabalho

Necessidade de Formação

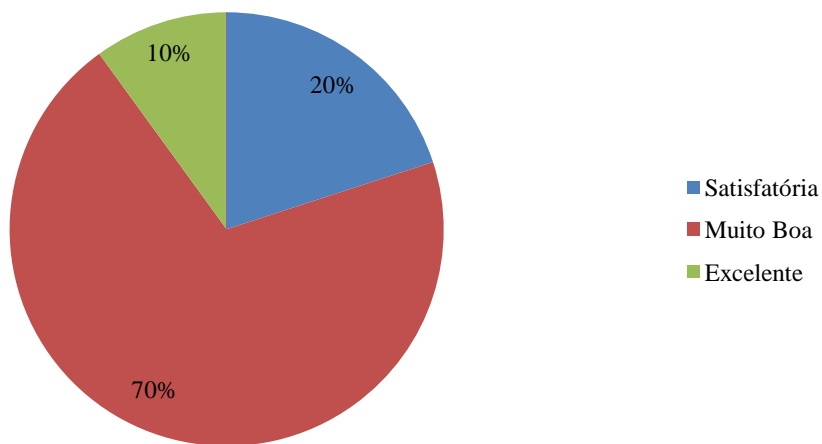


Gráfico 6 - Necessidade de Formação

Competências Adquiridas

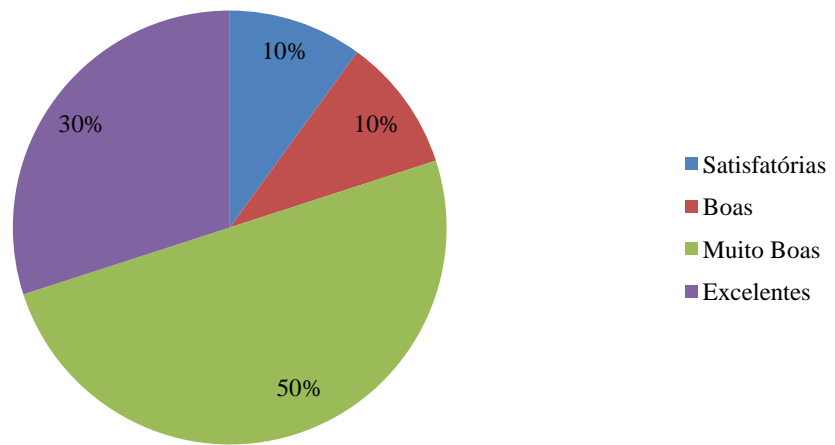


Gráfico 7 - Competências Adquiridas

Conteúdos Adequados

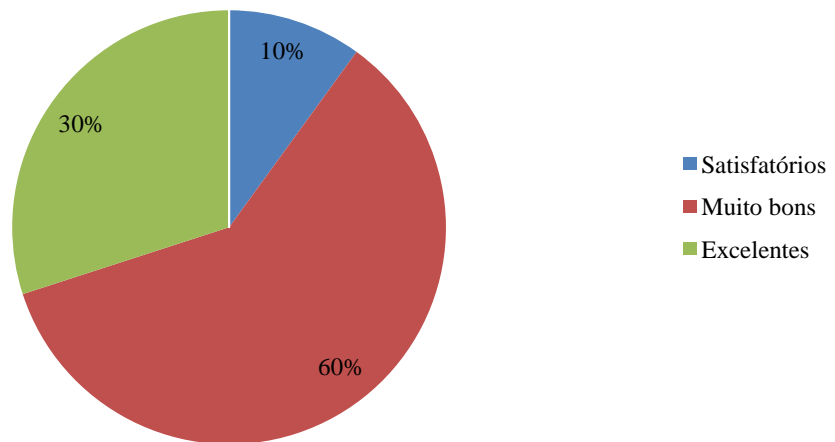


Gráfico 8 - Conteúdos Adequados

Aprofundamento dos Temas

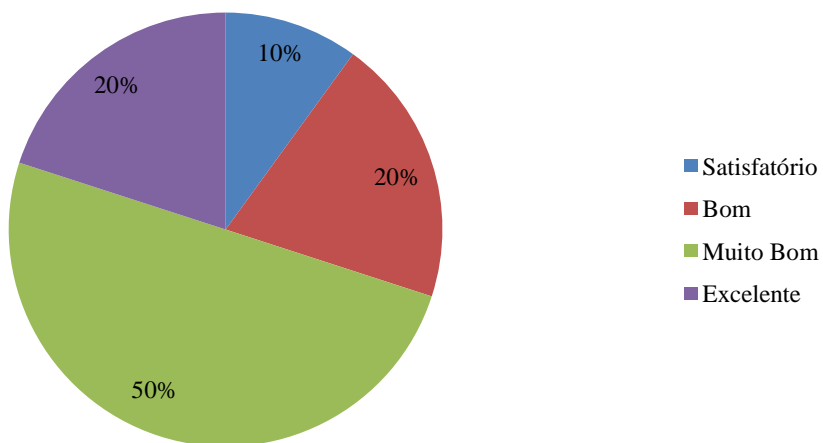


Gráfico 9 - Aprofundamento dos Temas

Articulação dos Conteúdos Temáticos

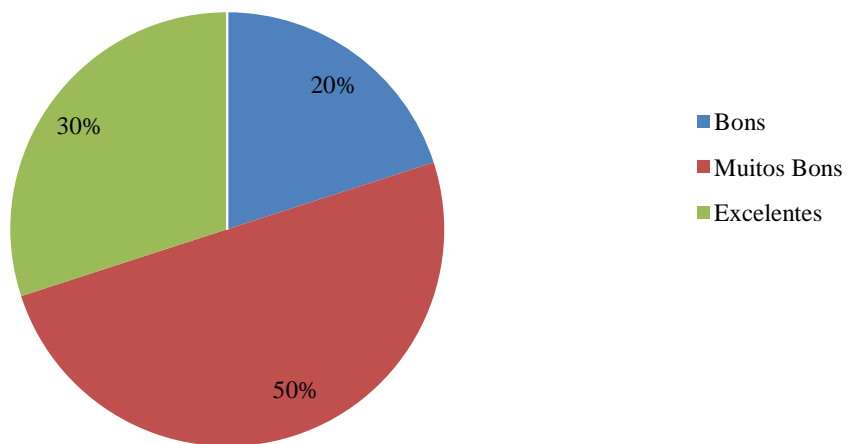


Gráfico 10 - Articulação dos Conteúdos Temáticos

Domínio dos Conteúdos

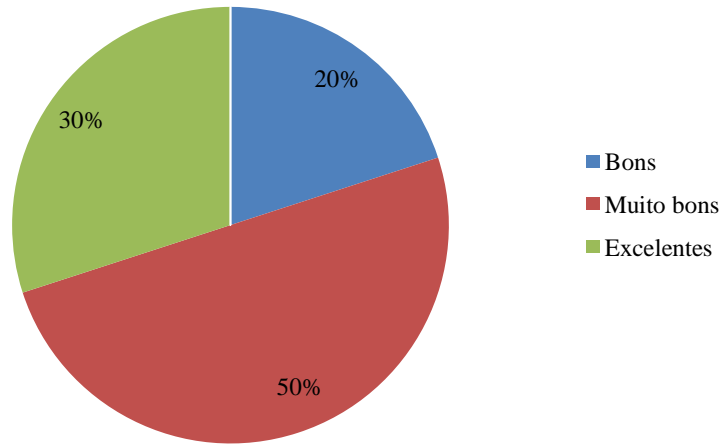


Gráfico 11 - Domínio dos Conteúdos

Linguagem Clara e Assertiva

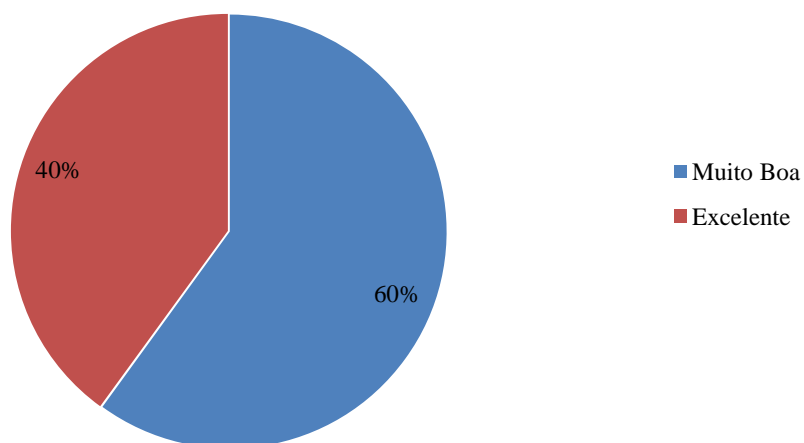


Gráfico 12 - Linguagem Clara e Assertiva

Adaptação do Discurso

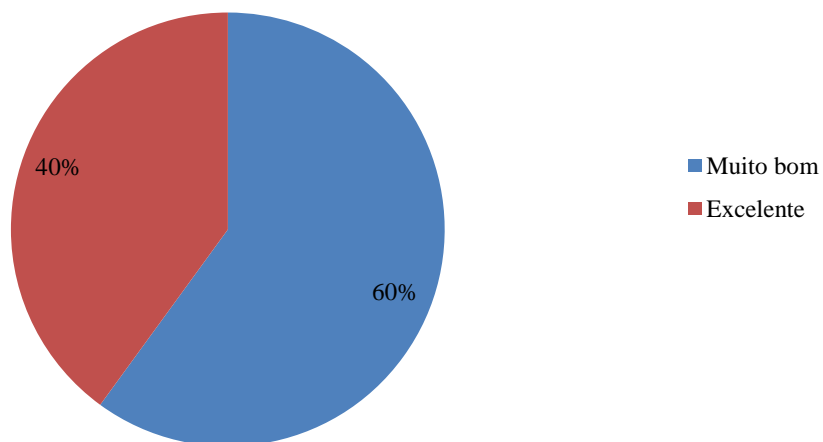


Gráfico 13 - Adaptação do Discurso

Esclarecimento de Dúvidas

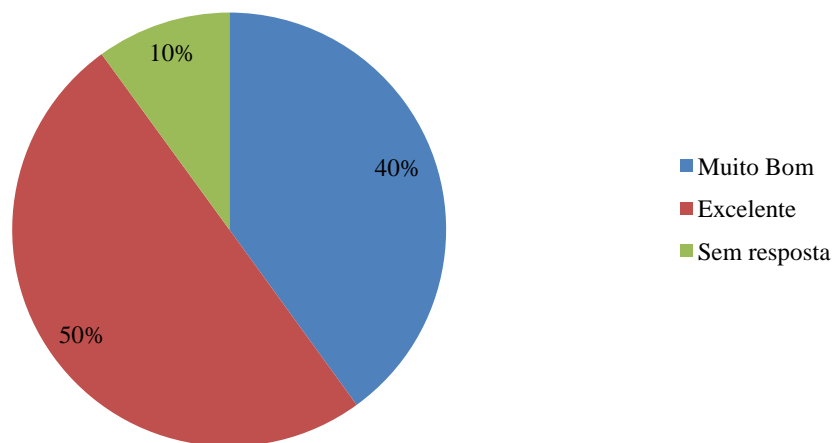


Gráfico 14 - Esclarecimento de Dúvidas

Apreciação Global

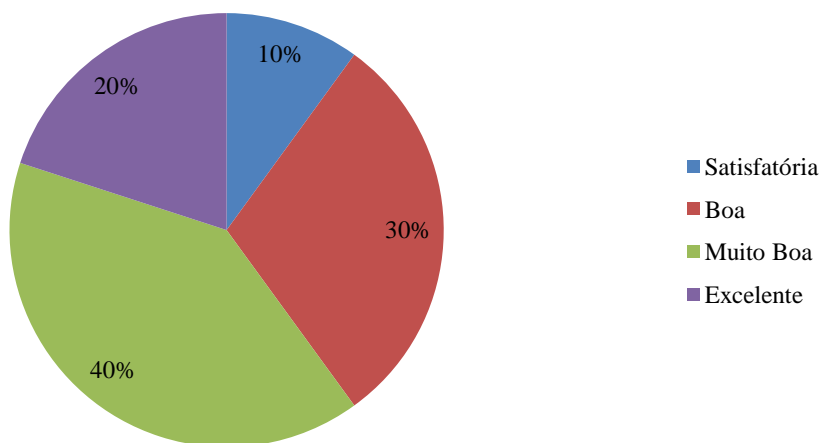


Gráfico 15 - Apreciação Global

PLANO DE SESSÃO LETIVA				
1. Objectivo Geral				
- Sensibilizar os Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva para Avaliação e Registo da Dor.				
2. Objectivos Específicos				
- Relembrar conhecimentos sobre a Dor;				
- Definir medidas de avaliação da Dor;				
- Promover estratégias para Avaliação e Registo da Dor.				
Actividade	Duração	Objectivos	Recursos	Método
Apresentação	5 minutos	- Apresentação das interlocutoras. - Definição de Objectivos - Conceito de Dor	- Computador e projetor	- Expositivo-oral
Desenvolvimento	15 minutos	- Medidas de Avaliação da Dor; - Estratégias para Avaliação e Registo da Dor.	- Computador e projetor	- Expositivo-oral - Participativo
Conclusão	10 minutos	- Síntese e dúvidas	- Computador, projetor e ficha de avaliação	- Participativo

