



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

**Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente:
Cuidados de Enfermagem Especializados na Área
da Pessoa em Situação Crítica**

Telma Margarida Coelho Lopes

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica

Telma Margarida Coelho Lopes

Relatório de estágio orientado por:

Professora Anabela Mendes

2012



RESUMO

Este relatório surge no contexto da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica foi a linha orientadora do meu percurso.

Os objetivos deste relatório de estágio foram descrever o percurso efetuado, analisar as atividades implementadas bem como o contributo das mesmas para a melhoria dos cuidados prestados e evidenciar as competências desenvolvidas.

No decorrer dos dois estágios desenvolvi competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica, tendo prestado cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, participei na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, promovi a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, assisti a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e geri a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família a vivenciar processos de dor.

Saliento como principais contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a realização de atividades na área da avaliação da dor, na área de administração de terapêutica e na área da prevenção e controlo da infeção.

A reflexão foi o instrumento que permitiu a articulação entre os pressupostos teóricos e a experiência da prática clínica, permitindo desenvolver competências numa perspetiva de Enfermagem Avançada centrada numa lógica mais conceptual.

Baseada no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, apresentado pela autora Benner (2001), desenvolvi competências de perita na área da avaliação da dor no doente crítico inconsciente e de competente e proficiente noutras áreas do cuidado à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa.

Palavras-chave: Avaliação da Dor, Unidade de Cuidados Intensivos; Doente Crítico; Enfermagem.

ABSTRACT

This report happens in the context, of the first Master Degree in Nursing in the Critical Condition Person specialization area, of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

The Pain Evaluation in the Unconscious Critical Condition Person: Specialized Nursing Care on the Critical Condition Person was the guideline of my project.

The objectives of this report were to describe my path throughout it, analyse the developed activities, as well as, their contribution to the improvement of the given care and, underline the skills that I have developed.

Throughout the two internships, I have developed skills related with the care of the person, living complex critical condition stages, or multiple organic failure.

I have cared of people in urgent condition and anticipated possible critical situations, of multiple organic failure; I have managed and administrated complex therapeutic protocols; I have promoted a distinguished pain and well being management, of the person in critical condition; I have taken care of possible emotional disorders that might occur to the person or his family, in critical care situations; I have managed the interpersonal communication that is the base, of the therapeutic relationship, between the nurse and the person/family living pain processes.

I emphasize, as main contributors to the improvement of my care skills, the activities that I developed in the pain evaluation area, as well as, the therapy administration area and in the infection prevention domain.

Reflection was the attribute that allowed me to articulate the theory with the clinical practice, giving me the possibility to develop skills on the Advanced Nursing area, focused on a more conceptual logic.

Guiding myself by the Dreyfus Model of skill acquisition, applied to Nursing and, presented by Benner (2001), I was able to develop expert skills, in the evaluation of pain on the unconscious critical condition person, as well as, competent and proficient skills, related with the critical care patient and his family.

Lista de Abreviaturas

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o – Enfermeiro

Lista de Siglas

AEEPSC – Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

ARDS – Síndrome de Dificuldade Respiratório do Adulto

BO – Bloco Operatório

BPS – Behavioral Pain Scale

CCI – Comissão de Controlo de Infeção

CME – Curso de Mestrado em Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

ECMO – ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

EN – Escala Numérica

ESCID – Escala de Conductas Indicadoras de Dolor

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVA – Escala Visual Analógica

GAD – Grupo de Avaliação da Dor

GCS – Glasgow Coma Scale

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISAP – International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Córdio-Respiratória

PNAD – Plano Nacional de Avaliação da Dor

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SUC – Serviço de Urgência Central

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. FUNDAMENTAÇÃO.....	11
2.2. Evidência científica	13
2.3. Referências teóricas	15
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	18
3.1. Primeiro local de estágio: Centro Hospitalar da região de Lisboa - UCI nível III ..	18
3.2. Segundo local de estágio: Centro Hospitalar da região de Lisboa - UCI nível II ..	34
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	55
ANEXO I - Trabalho de Campo	
ANEXO II - Estudo de Caso I	
ANEXO III - Manual de apoio à avaliação da dor	
ANEXO IV - Formação: Avaliação da dor no doente crítico inconsciente	
ANEXO V - Formação para a sessão clínica	
ANEXO VI - Formação: Incompatibilidades farmacológicas	
ANEXO VII - Tabela de compatibilidades	
ANEXO VIII - Tabela de diluições	
ANEXO IX - Material para transporte intra-hospitalar	
ANEXO X - Poster	
ANEXO XI - Protocolo de heparinização	
ANEXO XII - Estudo de caso II	
ANEXO XIII - Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de competência	

1. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no contexto do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem (CME), Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (AEEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), nomeadamente da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º semestre desse curso. Essa Unidade Curricular dividiu-se em dois momentos, o primeiro decorreu de 1 de setembro de 2011 a 18 de novembro de 2011 e o segundo de 28 de novembro de 2011 a 23 de fevereiro de 2012, ambos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de um Centro Hospitalar da região de Lisboa.

As exigências na prestação de cuidados são cada vez maiores, sendo a formação dos profissionais de saúde uma preocupação constante. Torna-se cada vez mais importante a necessidade de especialização em enfermagem, com vista à aquisição de um corpo de conhecimentos e competências dinâmicas, para que a prestação de cuidados de excelência seja uma realidade permanente.

No que diz respeito ao processo de desenvolvimento das minhas competências profissionais diferenciadas, baseei-me no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem apresentado pela autora Benner (2001). Benner (2001) estabeleceu cinco níveis/estádios sucessivos de competência clínica: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Com base neste modelo teórico, propus-me atingir, durante o decorrer do estágio e com a concretização do projeto associado, o nível de competente e proficiente em algumas áreas e de perita noutras. Segundo Benner (2001, pp. 53-54), a Enf.^a Competente “ (...) *apercebe-se dos seus actos em termos de objectos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente*” (...) “*não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas (...) sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos (...)*”. A Enf.^a Proficiente “*apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas.*” “ (...) *Aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão acontecer numa determinada situação*” (Benner, 2001, p. 54 e 55). A Enf.^a Perita “(...) *tem uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (...)*” (Benner, 2001, p. 58). A Enf.^a Perita “*utiliza ambas as suas necessidades e as dos seus doentes; ela encontra uma*

interpretação ou uma compreensão da situação que seja aceitável para eles; e ela ajuda-os a utilizar os seus próprios recursos (...) (Benner, 2001, p. 81).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define o Enfermeiro Especialista como

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 1996, p. 3).

O tema que me propus desenvolver neste percurso de formação pessoal e profissional foi a Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente: Cuidados de Enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica. Com a finalidade de desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente competências especializadas de enfermagem na avaliação da dor no doente crítico inconsciente, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica é considerada uma das unidades de competência do enfermeiro especialista no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica (OE, 2010), documento que sustenta a aquisição de competências diferenciadas na AEEPSC.

De facto, o controlo da dor é reconhecido há algum tempo pela Direção Geral da Saúde (DGS) (2003) como um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Instituiu ainda a dor como 5º Sinal Vital (DGS, 2003) e criou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, desenvolvendo e criando por todo o país unidades diferenciadas de tratamento de dor (DGS, 2008).

Nos doentes de UCIs a avaliação da dor é considerada um grande desafio (Puntillo, et al., 2009). Esse desafio está relacionado com o contexto específico de prestação de cuidados, diferenciado pela monitorização contínua, pela sofisticada intervenção terapêutica/ tecnológica, pelos recursos humanos especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes. A maioria dos doentes internados nas UCIs experiencia dor, associada não só à doença mas também a todo um conjunto de procedimentos clínicos (Swearingen & Keen, 2005). Segundo Odhner (2003) a dor é identificada como um fator de agravamento do estado clínico do doente, no entanto, não é considerada uma prioridade. O documento “Dor: Guia Orientador de boa prática” da OE

(2008) acrescenta que o seu controlo só pode ser alcançado com uma avaliação regular e sistemática, escolhendo os instrumentos de avaliação adequados à situação clínica de cada doente.

A par do suporte teórico acima referido, o estudo da temática da avaliação da dor da pessoa em situação crítica surgiu como motivação pessoal a partir da observação e reflexão da minha prática clínica, onde percebi que a dor nem sempre é avaliada e/ou justamente considerada no contexto da prestação de cuidados, sobretudo no doente crítico inconsciente.

Definido o quadro teórico e conceptual da temática a desenvolver ao longo do estágio, escolhi como locais de estágio duas unidades da instituição onde exerço funções e elaborei um projeto orientador do processo de desenvolvimento de competências profissionais especializadas, nomeadamente a Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente. O primeiro local de estágio foi uma UCI de um Centro Hospitalar da região de Lisboa, onde propus desenvolver atividades no âmbito da prestação direta de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa. Por ser uma UCI polivalente de nível III (Ministério da Saúde, 2003, p. 8) perspetivei contactar com peritos e adquirir competências possíveis de mobilizar para o segundo local de estágio. O segundo local de estágio foi outra UCI do mesmo Centro Hospitalar da região de Lisboa, escolhido por ser o local onde exerço funções desde Julho de 2006 e onde identifiquei necessidades na área da avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Esta unidade é considerada de nível II (Ministério da Saúde, 2003, p. 8) com especialização no cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica.

Segundo Williams et al, (2002), a reflexão é o processo no qual os indivíduos pensam sobre determinadas situações vividas e as avaliam por forma a trazer um novo entendimento ou uma apreciação das mesmas. Os mesmos autores referem que profissionais reflexivos estão mais capacitados para gerir a incerteza e a complexidade da prática (Williams et al, 2002). Parece assim indispensável assumir a prática reflexiva como instrumento de desenvolvimento profissional, prática que se pretende transmitir com a elaboração deste relatório.

Definem-se assim como objetivos deste relatório de estágio:

1. Descrever o percurso efetuado e as circunstâncias ao longo dos dois estágios;
2. Analisar as atividades implementadas e a forma como contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências especializadas, bem como para a melhoria dos cuidados prestados;

3. Evidenciar todas as estratégias utilizadas no processo de aprendizagem e na aquisição de competências;
4. Identificar as limitações do trabalho desenvolvido, bem como as estratégias para as minimizar;
5. Apresentar as questões emergentes que surgiram no decorrer do estágio, perspetivando o desenvolvimento e continuidade do trabalho.

Para além desta introdução, a estrutura deste documento inclui ainda a fundamentação, com a exposição do quadro teórico e conceptual que lhe serve de base; a exposição reflexiva do percurso de aquisição de competências; as considerações finais, onde se apresentam as conclusões deste processo de desenvolvimento profissional e pessoal; a bibliografia necessária à sua realização e os anexos, com os documentos elaborados ao longo do estágio e/ou que lhe serviram de suporte.

2. FUNDAMENTAÇÃO

No âmbito deste projeto pretendo intervir na problemática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente, pelo que interessa sustentar e analisar os conceitos envolvidos, no sentido de perceber melhor o seu impacto. A dor é definida pela OE no documento Dor: Guia Orientador de Boa Prática como uma experiência individual subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade (OE, 2008, p. 11). A *International Association for the Study of Pain (IASP)*, citada pela DGS no Programa Nacional de Controlo da Dor (2008, p. 6) define dor como “*uma 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, ou é descrita em função dessa lesão*”.

O doente crítico experiencia dor aguda, com muita frequência e por diversas causas, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) o doente crítico é “*aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica*” (SPCI, 2008, p. 9). A dor aguda enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica permite o estabelecimento de um diagnóstico clínico correto, no entanto, cumprida essa função vital de sinal de alarme, não representa qualquer vantagem fisiológica para o organismo (DGS, 2008). A dor aguda não aliviada pode levar a uma resposta neuroendócrina de *stress*, segundo Swearingen & Keen (2005), a existência de dor nos doentes em estado crítico contribui para uma panóplia de complicações, tais como: confusão, ventilação inadequada, imobilidade, privação do sono, depressão e imunossupressão.

No doente consciente as *guidelines* da *Society of Critical Care Medicine*, (2002) recomendam como “*gold standard*” na avaliação da dor e resposta à analgesia instituída, a intensidade da dor relatada pelo doente. O uso da Escala Visual Analógica (EVA), convertida em Escala Numérica (EN) para efeitos de registo, é recomendada para avaliar a dor no doente consciente. A IASP reforça a ideia referindo que a dor é o que a pessoa que a experimenta diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe (IASP, 2011). O documento Dor: Guia Orientador de Boa Prática recomenda avaliar a dor de forma regular e sistemática, escolhendo os instrumentos de avaliação atendendo a: tipo de dor; idade

da pessoa; situação clínica; propriedades psicométricas e critérios de interpretação. Avaliar a dor nas pessoas com incapacidade de comunicação verbal e/ou com alterações cognitivas pressupõe a utilização de escalas de heteroavaliação com indicadores fisiológicos e comportamentais (OE, 2008).

O doente em estado crítico frequentemente sofre alterações do estado de consciência, ficando transitoriamente ou não inconsciente. Segundo Bruegge & Forsyth (2003) estar inconsciente implica não haver resposta a estímulos sensitivos, ausência de pensamento, de sentimentos e emoções. Consciência e coma são assim dois extremos do nível de consciência:

“consciência é o estado de conhecimento e capacidade de resposta, ótimos, do indivíduo ao ambiente. Coma é o oposto, estado de ausência total de conhecimento e capacidade de resposta, mesmo após estimulação. Entre estes 2 extremos existe uma variedade de conhecimento e resposta” (Bruegge & Forsyth, 2003, p. 1921).

Para avaliar o nível de conhecimento e resposta os profissionais de saúde com frequência utilizam a *Glasgow Coma Scale* (GCS), esta escala foi desenvolvida para avaliar doentes com lesões cranianas, mas pode ser utilizada numa grande variedade de doentes neurológicos (Bruegge & Forsyth, 2003).

No doente inconsciente, segundo Henderson & Nite (1978) a avaliação da dor torna-se particularmente difícil e requer maior atenção na avaliação comportamental. Para ela o doente inconsciente é aquele que não pode ser despertado, no entanto o facto de estar inconsciente não o impossibilita de sentir dor, mas por se encontrar impossibilitado de a comunicar de forma verbal, não a consegue reportar. Henderson refere que a enfermeira é, temporariamente, a consciência do inconsciente (Henderson V. , 2004).

A dor tem um enorme impacto na pessoa em situação crítica e na sua família/pessoa significativa, bem como nos profissionais que deles cuidam Swearingen & Keen (2005), apoiando-se em vários estudos em ambiente de cuidados críticos, referem que a dor é frequentemente subvalorizada, constituindo-se como um problema para a equipa de cuidados. Os enfermeiros são o grupo profissional que mais tempo passa com os doentes, ajudando-os a ultrapassar os desconfortos inerentes à dor (Henderson & Nite, 1978), são também os profissionais responsáveis pela administração da analgesia prescrita e pela implementação de medidas não farmacológicas para reduzir a dor. O desempenho desse papel de forma adequada exige a precisa e consistente avaliação da dor. A falta de um sistema e método padronizado para avaliar e documentar os níveis de dor impede a avaliação da eficácia do regime de analgesia instituído (Cade, 2008).

2.2. Evidência científica

A avaliação da dor é fundamental para o seu controlo, esta pressupõe a utilização de instrumentos validados. Existem vários instrumentos/escalas para avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Numa revisão da literatura realizada entre abril e maio de 2011 na base de dados EBSCO (MEDLINE e CINHALL), com os descritores *pain assesement*, *critical care* e *unconscious*, encontrei referência às seguintes escalas: *Behavior Pain Scale* (BPS), *Nonverbal Pain Scale* (NVPS), *Nonverbal Pain Assessment Tool* (NPAT), *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), *Pain Assessment and Intervention Notation Algorithm* (P.A.I.N), *Pain Assessment Algorithm*, *Pain Behaviors Assessment Tool* (PBAT), *Behavioral Pain Rating Scale* (BPRS) e a *Escala de Conductas Indicadoras de Dolor* (ESCID). Os indicadores que constituem a maioria das escalas são comportamentais e fisiológicos.

A BPS e a CPOT são aquelas que demonstram maior evidência científica de validade e confiabilidade (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008).

A BPS contempla três indicadores comportamentais: a expressão facial, o comportamento dos membros e a adaptação ventilatória, cada indicador tem quatro parâmetros e respetivas pontuações (entre 1 a 4), sendo a pontuação máxima de 12 (dor máxima) e a pontuação mínima 3 (sem dor), (Payen, et al., 2001).

Cade (2008), na sua revisão sistemática demonstra a validade e confiabilidade da BPS através de três estudos, sendo que em dois deles (Young et al., 2006 e Payen et al., 2001) foram recolhidos dados hemodinâmicos que se mostram inespecíficos na identificação da dor, o que suporta o uso dos indicadores comportamentais.

A dor é uma fonte de stress que produz uma estimulação simpática (taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese e alterações do tamanho da pupila), no entanto estes indicadores fisiológicos são pouco específicos nas UCIs, uma vez que podem ser influenciados por muitos medicamentos (vasopressores, β adrenérgicos, anti-arrítmicos, sedativos, etc.) e patologias (sepsis, hipoxia, choque e medo). Nenhum estudo publicado com um nível suficiente de evidência científica tem encontrado uma correlação entre essas variáveis fisiológicas e a dor (Aïssaoui, Zeggwach, Zekraoui, Abidi, & Abouqal, 2005).

No estudo de Ferreira e colegas (2008), é referido que a BPS é a que melhor se coaduna com a realidade nacional, tornando-se mais acessível, prática e específica a quantificar a dor, efetuando desta forma uma heteroavaliação. No mesmo estudo 79% dos

enfermeiros inquiridos referem que a BPS é clara e perceptível, a totalidade dos enfermeiros considera que a avaliação da dor é uma mais-valia para a humanização e qualidade dos cuidados prestados, sendo que 96% consideram que a implementação de instrumentos de avaliação é fundamental para a uniformização da comunicação entre a equipa de enfermagem face aos níveis de dor e sedação/agitação dos doentes (Ferreira, Oliveira, Roque, & Baltazar, 2008). Nas diferentes fases do tratamento do doente crítico é referido pelos enfermeiros que os níveis de sedoanalgesia adequada são fundamentais para uma evolução favorável (Ferreira, Oliveira, Roque, & Baltazar, 2008).

Algumas das limitações apontadas ao uso da BPS na prática clínica é o facto de não incluir doentes que receberam bloqueadores neuromusculares, que têm lesões vertebro-medulares e/ou neuropatia periférica (Juarez, et al., 2010). Doentes muito sedados apresentam pontuações na BPS mais baixas, não se sabendo se é devido a sentirem menos dor ou se é porque tem menos capacidade de expressar a dor. Esta escala não pode ser testada em todos os seus níveis devido às limitações éticas de estudar os níveis mais elevados de dor sem cobertura analgésica (Young, Siffleet, Nikoletti, & Shaw, 2006).

Apesar dos resultados positivos destes estudos, Payen, et al. (2007), citado por Cade (2008), sugerem que a dor ainda não está a ser gerida de forma adequada nos doentes sedados em contexto de UCI. Esta prática não é coerente com as recomendações da literatura. Nos estudos realizados ainda se encontraram muitos doentes que recebiam analgesia sem avaliação da dor em simultâneo. Eles também encontraram muitas UCIs onde não são utilizados instrumentos de avaliação de dor para doentes que não comunicam.

Segundo Li, Puntillo & Miaskowski (2008) não se pode afirmar que exista uma ferramenta totalmente válida, fidedigna e de referência na avaliação da dor no doente adulto inconsciente, sugerindo que as escalas sejam submetidas a uma avaliação psicométrica rigorosa para serem consideradas ferramentas sólidas. As instituições/serviços devem realizar estudos no sentido de uma tomada de decisão sustentada na evidência científica, para escolher a escala que melhor se adequa à sua realidade.

Tendo consciência desta problemática a SPCI constituiu em 2010 o Grupo de Avaliação da Dor (GAD) com o objetivo de indicar um instrumento de avaliação da dor a aplicar no doente internado nas UCIs Portuguesas. Na fase de diagnóstico da situação encontraram uma ausência da uniformização de ferramentas de avaliação da intensidade

da dor, pelo que em 2011 o GAD implementou o Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD) em 91,5% das UCIs Portuguesas com a finalidade de promover o desenvolvimento de competências dos enfermeiros na área da avaliação da dor e conhecer a opinião dos mesmos sobre a escala de avaliação da dor que melhor se adequa ao doente crítico.

O projeto pioneiro a nível mundial pretendia que os enfermeiros das UCIs avaliassem as propriedades de duas escalas de avaliação da dor (BPS e ESCID), em doentes sedados, que não comunicam e submetidos a ventilação mecânica. As recomendações e o relatório final em relação ao PNAD foram dadas a conhecer recentemente (GAD, 2012), constatando-se que 53,5% da amostra (549 enfermeiros) escolheram a BPS para avaliar a dor no doente crítico. O PNAD conseguiu uma sensibilização nacional para a importância da avaliação da dor do doente crítico, como o primeiro passo fundamental na eficaz gestão da dor e responsabilizou os enfermeiros ao implicá-los na escolha da escala de avaliação da dor a utilizar.

As recomendações que resultaram do PNAD são: O nível de dor relatada pelo doente deve ser considerado o *“gold standard”* para a avaliação da dor e resposta à analgesia; O uso da EVA é recomendada para avaliar a dor em doentes que comunicam; A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a BPS; A avaliação da dor deve efetuar-se em todos os turnos (no início do turno ou 5-10 minutos antes de iniciar um procedimento doloroso); A avaliação da dor deve realizar-se durante a aplicação de um procedimento doloroso e imediatamente após; A avaliação da dor deve realizar-se 15 minutos após o procedimento doloroso; A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção farmacológica analgésica; A avaliação da dor deve realizar-se 30 minutos após intervenção não farmacológica ou medida de conforto; Após a avaliação da intensidade da dor deve efetuar-se de imediato o seu registo, à semelhança dos outros sinais vitais (GAD, 2012).

2.3. Referências teóricas

Toda a atuação no domínio da Enfermagem está diretamente relacionada com a forma como nos colocamos perante o Cuidar, como o conhecemos e conceptualizamos. A enfermagem é descrita pela autora Benner como uma relação de cuidar, condição que possibilita a ligação e preocupação entre as pessoas (Benner & Wrubel, 1989). O cuidar é

essencial porque estabelece a possibilidade de dar e receber ajuda, sendo a prática de cuidados de enfermagem conduzida pela arte e ética moral do cuidar e da responsabilidade (Benner & Wrubel, 1989). Cuidar no contexto de UCI implica que o enfermeiro desenvolva competências perante um doente impossibilitado de comunicar verbalmente devido a alterações do seu estado de consciência, relacionadas com ventilação mecânica e sedação.

Benner, citando Gadow, refere-se ao conceito de defesa existencial (*existential advocacy*) para defender e salvaguardar os interesses da pessoa mesmo quando esta se encontra em estado crítico e sedada, cabendo ao enfermeiro defender a causa do doente. Acrescenta que os enfermeiros desenvolvem estratégias para conhecerem e interpretarem a linguagem corporal expressa pela pessoa de modo a preservar a sua personalidade e dignidade (Benner, 2002).

A sedação, de acordo com Benner, Kyriakidis & Stannard (1999), é uma intervenção humana de *lifesaving* em condições particulares de rutura fisiopatológica e conseqüentemente psíquica. Contudo, induz no doente um estado de inconsciência, fazendo deste um ser vulnerável, estado esse que é acrescido pela gravidade da doença. Associado a todo este processo está a perda de capacidade de comunicar verbalmente as suas necessidades mais básicas e o seu desconforto e/ou dor. A intervenção junto desta pessoa requer um conjunto de competências por parte dos enfermeiros que visam a manutenção da sua segurança e bem-estar.

A dor está condicionada pela interpretação e compreensão pessoal que cada pessoa faz do fenómeno, tendo em consideração o seu passado, presente e futuro (Benner & Wrubel, 1989). É necessário conhecer o doente com as suas condições particulares que o situam no mundo e no contexto de cuidados.

O alívio da dor é uma obrigação ética e moral. Com o objetivo de proporcionar o bem-estar total da pessoa no que diz respeito ao controle da dor, a analgesia deve ser administrada em conjunto com medidas de conforto básicas que se constituem como competências do enfermeiro, sendo que nenhum fármaco as poderá substituir (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 1999). A escolha do melhor para o doente nasce da relação estabelecida entre Enfermeiro-Doente, e é em parte uma demanda ética para a sua segurança, onde a dignidade humana e o conforto da pessoa são os limites para a utilização da tecnologia (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 1999).

Segundo Benner (2002), os enfermeiros desenvolvem estratégias para preservar e conhecer a identidade do doente crítico através do comportamento expresso por este

(*embodied responses*), como exemplo a resposta ao toque, posicionamentos preferidos, consentimento para manterem os objetos pessoais junto deles, entre outros. Também a família e amigos significativos fornecem informação importante aos enfermeiros acerca da pessoa, de modo a preservar a sua identidade.

Benner (2001) definiu sete domínios dos cuidados de enfermagem com base na similaridade da função e da intenção, e de onde emergiram trinta e uma competências dos enfermeiros. Um dos domínios é a *função de ajuda*, onde estabelece como intervenções face ao doente com dor:

“tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza”; “Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir”; “A presença” (estar com o doente); “Optimizar a participação do doente para que este controle a sua própria cura” (Benner, 2001, pp. 81- 88).

Cuidar de pessoas em situação crítica que sofrem de dor implica um nível de perícia, que só se adquire com o contato repetido e reflexão sobre situações vividas e relatadas. Os estágios são importantes para articular o conhecimento com a experiência (Benner, 2001). Segundo Benner a experiência não é só a passagem do tempo, trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria (2001). Na verdade, a teoria guia os Enfermeiros e permite-lhes colocar as questões certas. Qualquer Enfermeiro com experiência e conhecimento de tais teorias consegue encontrar diferenças que a teoria formal não consegue exprimir. Com a experiência e o seu domínio, a competência transforma-se conduzindo a uma melhoria das atuações dos profissionais. A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas para Benner (2001), a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria. A experiência fará com que o profissional adquira bases sólidas, através das quais conseguirá interpretar novas situações, e consequentemente melhorar a sua performance profissional futura. Todas as experiências necessitam de uma aprendizagem e conduzem a uma aprendizagem.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

No decorrer dos dois estágios foi minha preocupação, mobilizar e aplicar conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares do 1º CME AEEPSC, pesquisar novos saberes, refletir e aplicá-los de forma assertiva, tendo em vista o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação crítica e de forma específica desenvolver competências na avaliação da dor no doente crítico inconsciente, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes.

Neste capítulo vou descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas para concretizar cada objetivo proposto, procurando evidenciar em cada objetivo as competências adquiridas. O grande desafio é articular os diferentes saberes teóricos e a prática de cuidados, para atingir um nível de perícia em determinadas áreas do cuidar na pessoa em situação crítica.

3.1. Primeiro local de estágio: Centro Hospitalar da região de Lisboa - UCI nível III

Objetivo 1 - Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço:

Para conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço é essencial conhecer a instituição do qual faz parte, pois só assim é possível compreender de forma objetiva a dinâmica do serviço e de todos os recursos que o apoiam. Como exerço funções nesta instituição há cerca de seis anos já tinha conhecimento do seu objetivo, sendo este a prestação de cuidados de saúde diferenciados, a formação pré, pós-graduada e contínua e a investigação. A sua atividade centrada no primado do doente, através da prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua zona de influência, abarca também a referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no contexto regional, nacional e dos países de expressão portuguesa.

Relativamente à orgânica funcional da UCI onde iniciei estágio a 1 de setembro de 2011, não me era totalmente desconhecido devido à necessidade frequente de transferir doentes do meu local de trabalho para esta unidade por ter um nível de diferenciação

superior. No entanto, procurei compreender toda a dinâmica do serviço, para que todas as atividades planejadas pudessem ir ao encontro dos verdadeiros recursos existentes.

Esta UCI é considerada uma unidade polivalente de nível III, segundo o Ministério da Saúde (2003, p. 8), existem três níveis de classificação, sendo o menos diferenciado o nível I e o mais diferenciado o nível III, correspondendo este último aos

“denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipes funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controle contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente”.

Constituída por onze camas, tem capacidade para prestar cuidados diferenciados a todos os doentes críticos, de qualquer especialidade médico-cirúrgica. Nesta unidade os doentes admitidos são provenientes do Serviço de Urgência Central (SUC), do Bloco Operatório (BO) da Urgência ou de outros BOs, de outros serviços de internamento do hospital, de outras instituições hospitalares ou diretamente do pré-hospitalar, sendo esta última uma situação rara. Os doentes admitidos no pós-operatório imediato, podem pertencer a qualquer especialidade cirúrgica, sendo menos frequente os pós-operatórios imediatos da cirurgia torácica e muito esporádicos os da cirurgia cardíaca. Outra grande área que motiva o internamento nesta unidade é o trauma. O objetivo deste serviço é realizar uma abordagem dos doentes mais graves com recurso a tecnologia de monitorização muito sofisticada, permitindo vigiar melhor a evolução e o resultado dos tratamentos instituídos.

No primeiro turno efetuado foi possível realizar uma visita guiada pela Enf.^a coordenadora (uma vez que a minha Enf.^a tutora não estava presente) às instalações do serviço para conhecimento da sua estrutura física, equipamentos e materiais existentes. Também consultei alguns protocolos, normas e manuais em uso. No segundo turno, já sob a orientação da minha Enf.^a tutora foi possível realizar uma reunião informal com vista a adquirir conhecimento da organização e funcionamento do serviço, recursos humanos e materiais disponíveis, projetos e atividades em que o serviço estava envolvido. Nessa altura comecei a tomar consciência que esta UCI iria ser muito rica em momentos de aprendizagem. No que diz respeito à disposição dos diferentes elementos no ambiente, sobressaíram determinados aspetos que conclui poderem ser úteis para o meu local de trabalho, como por exemplo a mala de transporte do doente crítico junto ao carro de

emergência, o protocolo de heparinização de acessos venosos com Fibrilin[®], o calendário de mudança de sistemas de 72/72h e o guia de preparação e administração de medicamentos por via parentérica.

Nessa primeira reunião tutorial tive a preocupação de dar a conhecer o meu projeto de estágio, expondo as motivações que me levaram a escolher a temática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente, assim como o percurso que efetuei para fundamentar a minha escolha (fiz referência aos contributos do trabalho de campo para a elaboração do projeto, anexo I). Fui informada que nesta UCI a preocupação com a avaliação da dor no doente crítico inconsciente é uma realidade. Em 2008 houve um grupo de enfermeiros que iniciou um projeto com vista à formação dos profissionais e implementação de protocolos de sedoanalgesia, tendo esse grupo implementado a avaliação da dor com a BPS. No entanto, esse projeto não se concretizou na totalidade por saída do serviço de alguns desses elementos dinamizadores do projeto. A Enf.^a orientadora salientou que esta temática fazia todo o sentido dada a população alvo de cuidados e pelo facto da avaliação da dor com recurso à BPS ainda ser uma prática pouco consistente na unidade, não existindo nenhum protocolo definido. No sentido de contribuir para a melhoria da prática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente propus elaborar uma formação e um guia de apoio à avaliação da mesma.

A integração na UCI foi facilitada pela disponibilidade demonstrada por toda a equipa multidisciplinar, saliento o facto de ter tido dois enfermeiros orientadores. A primeira orientadora acompanhou-me durante um mês, era especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção de Enfermagem Nefrológica, foi exemplar no rigor científico da sua atuação, uma inspiração para a excelência do cuidado ao doente crítico, mas que por questões de saúde se viu forçada a interromper o processo de orientação, deixando no entanto uma apreciação do meu percurso que me deixou muito satisfeita. Fiquei integrada na mesma equipa, passando a minha orientação tutorial a cargo do Enf.^o chefe de equipa (por mais um mês e meio). O acompanhamento por dois enfermeiros tutores teve uma influência bastante positiva no desenvolvimento de competências.

Concluo que as atividades desenvolvidas e a disponibilidade dos enfermeiros orientadores permitiram-me identificar a hierarquia e organigrama funcional do serviço, facilitando a minha integração e posterior aquisição de competências no decorrer do estágio.

Objetivo 2 - Desenvolver competências no cuidar da pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica:

Foi-me possível prestar cuidados globais ao doente/família em situação crítica desde o primeiro dia de estágio. Na fase inicial procurei conhecer a dinâmica e metodologia da prestação de cuidados da equipa, percebendo que a mesma era constituída por uma equipa médica, maioritariamente especialistas/internos da especialidade de medicina interna, contando com o apoio de outros especialistas sempre que necessário. A equipa de enfermagem era constituída por trinta e um enfermeiros, estruturada de acordo com as funções desempenhadas. Para além do Enf.º Chefe, havia mais dois elementos de apoio à chefia que realizavam horário fixo de manhãs nos dias úteis. Estes dois elementos eram especialistas, a Enf.ª coordenadora era especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica e o outro elemento era especialista em reabilitação, desempenhando as funções inerentes à sua especialidade. Os restantes enfermeiros encontravam-se na área de prestação de cuidados, distribuídos em quatro equipas com cerca de seis elementos cada, em horário de roulement, assegurando a distribuição habitual de um Enf.º para cada dois doentes. Em cada equipa havia um Enf.º “chefe de equipa” que normalmente ficava distribuído com apenas um doente, sendo-lhe acrescida a função de responsável pela gestão de cuidados. A equipa era ainda constituída por nove assistentes operacionais e duas secretárias clínicas. Não estando em presença física no serviço, o dietista, a assistente social e o psicólogo podiam ser chamados a colaborar nos cuidados prestados. A metodologia de trabalho utilizada era a de enfermeiro responsável, em que cada enfermeiro era responsável pela prestação de cuidados totais e globais à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa. O conhecimento da dinâmica e metodologia da prestação de cuidados desta unidade permitiu-me gerir os cuidados, otimizando a resposta em articulação com a equipa multiprofissional.

No que diz respeito à prestação de cuidados, foram muitas as experiências que me permitiram integrar conhecimentos e competências anteriores e onde progressivamente assumi autonomia, nomeadamente a nível de cuidados de higiene e conforto, monitorização não invasiva, preparação e administração de terapêutica prescrita, manipulação de Cateteres Venosos Centrais (CVC), administração de alimentação parentérica, ventilação mecânica, aspiração de secreções, realização de pensos, mobilização de doentes, entre outros cuidados. No entanto, por ser uma unidade

altamente diferenciada também foi possível no decorrer do estágio experienciar novas situações de cuidados que me proporcionaram grandes aprendizagens. Desenvolvi habilidades técnicas e científicas no cuidado à pessoa (e sua família/pessoa significativa): com traumatismo vertebro medular e necessidade de imobilização em maca *stryker*, com traumatismo crânio encefálico e necessidade de monitorização de pressão intracraniana; com técnica de circulação extra-corporal (*ExtraCorporeal Membrane Oxygenation - ECMO*); com balão intra-aórtico; com técnicas de depuração extra-renal contínua e intermitente; com monitorização hemodinâmica invasiva da tensão arterial (linha arterial), do débito cardíaco e das resistências vasculares periféricas (PICCO e Vigileo), entre outros.

Para as novas situações foi necessário mobilizar conhecimentos adquiridos na minha formação inicial, na minha experiência profissional e de vida, na minha formação pós-graduada e realizar novas pesquisas bibliográficas, de forma a responder em tempo útil e holisticamente à pessoa e sua família/pessoa significativa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Emergiu no meu agir um suporte teórico consistente relativamente aos cuidados de enfermagem especializados a ter na pessoa submetida a ECMO, facto referenciado como positivo pelos enfermeiros do serviço. Esta mobilização de conhecimentos poderá ter sido resultado da oportunidade que tive em contexto de uma Unidade Curricular do Curso de pesquisar e dar uma aula sobre a temática.

Uma das pessoas a quem prestei cuidados havia sido vítima de acidente de viação com conseqüente traumatismo crânio encefálico, situação que me permitiu mobilizar conhecimentos relativamente aos cuidados ao doente crítico com hipertensão intracraniana e, dessa forma, adquirir autonomia e segurança na prestação destes cuidados. Na prestação de cuidados de higiene e conforto a esta pessoa, tal como noutras circunstâncias nesta unidade, discuti com o enfermeiro orientador as intervenções de enfermagem a ter, situação que permitia refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem, adquirir novos conhecimentos e desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz e específica na assistência ao doente crítico.

A elaboração de um estudo de caso (anexo II), relativamente a uma situação de prestação de cuidados a um jovem de 21 anos, vítima de acidente em veículo de duas rodas, foi outra atividade que contribuiu para esta articulação entre a teoria e a prática. Segundo Fortin (2009), o estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social, que pode ser um indivíduo, um grupo, uma

família, uma comunidade ou uma organização. No meu estudo de caso utilizei o quadro conceptual de Benner para examinar de forma detalhada um indivíduo internado na unidade ao qual tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem. A fundamentação dos cuidados prestados e a discussão posterior do estudo de caso com o Enf.º orientador e com a Professora orientadora contribuiu para desenvolver competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica.

O apoio adequado aos familiares/pessoa significativa do doente em situação crítica foi para mim uma preocupação constante. Verifiquei com agrado que a equipa multidisciplinar desta unidade tinha implementado um protocolo de acolhimento pela equipa de enfermagem com a finalidade de integrar as visitas no ambiente dos cuidados intensivos, por vezes tão atemorizador, particularmente nos primeiros dias de internamento. O horário de visitas era alargado, sendo permitidas no máximo três visitas por dia, se bem que o número de visitas pudesse variar de acordo com o estado clínico do doente. Considerei particularmente interessante o acompanhamento dos familiares/pessoa significativa na primeira visita ao seu ente querido, onde o contacto prévio com o Enf.º era obrigatório. Tive oportunidade de acompanhar algumas dessas visitas, explicando de forma elucidativa todos os cuidados a ter relativos a higienização das mãos antes e depois da visita, como iriam encontrar o seu ente querido na UCI (presença de fios, tubos, máquinas) e procurei transmitir a ideia de que o aparato tecnológico era fundamental ao tratamento e recuperação. De uma forma geral, procurei acompanhar as visitas na compreensão e integração das alterações ocorridas, perceber os seus medos e dúvidas e dar-lhes suporte emocional, também as incentivei a falar e a tocar no seu ente querido, dando o exemplo. A família e/ou pessoas significativas devem ser encaradas como parceiros nos cuidados ao doente e como unidade a cuidar. Cuidar da família pressupõe comunicar com ela e identificar as suas necessidades. Gonzalez, et al. (2004) referem a importância das visitas em ambiente de cuidados intensivos, os benefícios e os prejuízos das mesmas e a importância dos enfermeiros identificarem as necessidades dos doentes e familiares.

O facto de ter alguma experiência no cuidado ao doente crítico, embora em contextos diferentes foi facilitador na concretização deste objetivo. No decorrer do estágio demonstrei interesse e disponibilidade para a partilha de conhecimentos e vivências, considerando como fundamental a prática de cuidados sustentada na evidência científica produzida.

Objetivo 3 - Promover práticas de cuidados à pessoa em situação crítica que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, éticas e legais:

Nas UCIs a pessoa doente, família e profissionais de saúde são confrontados diariamente com a necessidade de proteção e suporte nas tomadas de decisão, associado à situação de vulnerabilidade em que os mesmos se encontram. Segundo Mckinley, et al. (2002) o doente crítico é particularmente suscetível a vulnerabilidade por situações de dependência extrema, incapacidade de falar, medo e ansiedade e por ter vivenciado experiências muito traumatizantes. Pessoas internadas em UCIs são mais vulneráveis assim como a sua família. Rogers (1997) acrescenta que quem tem suporte familiar tem menos vulnerabilidade do que quem não tem. Por outro lado, a exposição constante e prolongada dos enfermeiros a situações críticas de *stress* também os torna mais vulneráveis (Carel, 2009). Na prestação de cuidados ao doente crítico e sua família tive presente os aspetos interpessoais do cuidado, a capacidade de perceber o outro e as suas necessidades. Os meus cuidados tiveram como cerne a pessoa doente e não a doença da pessoa, aliando competências técnicas com relacionais procurei preservar a dignidade da pessoa humana, respeitando a sua autonomia e a sua individualidade.

Na pessoa em situação crítica inconsciente devido a sedação e/ou ventilação a tomada de decisão reveste-se de complexidade, relacionada com a impossibilidade da pessoa manifestar verbalmente a sua vontade. Conhecer o melhor possível a identidade da pessoa e atuar segundo os princípios e valores de eficácia terapêutica e profissional foram as estratégias utilizadas. Também procurei incorporar a prática baseada na evidência no processo de tomada de decisão ética, assim como os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico.

No decorrer do estágio verifiquei que os princípios bioéticos aplicados à saúde, da beneficência, da não-maleficência, do respeito pela autonomia, da justiça e da vulnerabilidade, foram respeitados. Na passagem de ocorrências da equipa médica e de enfermagem foram vários os momentos de discussão/reflexão sobre questões éticas que pude assistir. Nas situações onde o doente já entrava na UCI com alterações do estado de consciência, onde a sua identidade e vontade era desconhecida, discutia-se a relação entre beneficência e não-maleficência e sempre que possível envolvia-se a família nas tomadas de decisão referentes ao seu plano terapêutico. Elenco do contexto de estágio

uma situação concreta onde foram suspensos todos os tratamentos fúteis, entendidos como aqueles que não conseguem manter ou restaurar a vida, garantir o bem-estar, ou aliviar o sofrimento. A equipa multidisciplinar foi consensual a definir quais os cuidados a prestar a esta pessoa em fim de vida, estabelecendo como foco de atenção o bem-estar da pessoa e o apoio da família. Nesta situação foi permitida a presença de familiares fora da hora da visita.

Outra situação de cuidados que me fez refletir e que escolhi para realização de um jornal de aprendizagem, foi a de um Jovem de 25 anos, vítima de acidente provocado por arma branca. A possibilidade de ser homicida não influenciou a minha atuação, embora tenha tido algum receio do doente ter comportamentos desadequados e/ou agressivos. Reconheço que senti alguns constrangimentos/vulnerabilidades na relação de cuidar que não posso ignorar, no entanto esses constrangimentos/vulnerabilidades foram geridos de forma a manter a qualidade dos cuidados prestados, respeitando a individualidade daquela pessoa.

O jornal de aprendizagem é um método de reflexão e análise crítica extremamente válido no desenvolvimento de competências, nomeadamente nos processos de aprendizagem na prática clínica (no caso de formação pós-graduada de adultos) ou no ensino clínico dos estudantes das áreas de saúde (Higgs, 1993; Trysennar, 1995, Rooda & Nardi, 1999, Perkins, 1996, referenciados por Williams et al, 2002). Neste jornal de aprendizagem utilizei o ciclo reflexivo de Gibbs para analisar uma situação de prestação de cuidados vivenciada em estágio, concluindo que foi um excelente momento de aprendizagem, logo de desenvolvimento de competências. Evidencio nesta situação de cuidados o facto de ter estabelecido uma comunicação eficaz (apesar do doente só comunicar através da escrita); ter transmitido confiança (relativamente ao seu estado clínico) e ter conseguido promover o conforto (através da avaliação e controlo da dor de forma adequada).

Foram vários os momentos de reflexão com os Enf.º orientadores sobre o respeito pelas normas éticas do segredo profissional e da vontade do doente. Nos doentes inconscientes a informação recolhida com a família/pessoa significativa revelou-se de extrema importância para conhecer a identidade dos doentes, a sua vontade e experiências anteriores.

Benner (2001) refere que aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer uma abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo. Manter a vigilância, nos vários momentos, sobre as várias pistas, e tornar

efetiva a sua deteção e a ligação com outros sinais, pode revelar e alargar as competências de empenhamento e a eficácia clínica (Benner, 2001). A autora acrescenta (2001) que o bom julgamento clínico requer que o enfermeiro tenha uma visão centrada no doente enquanto pessoa, em primeiro lugar, e em segundo lugar enquanto uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades. Compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela conhecimento e a competência que o cuidado excelente requer (Benner, 2001).

Objetivo 4 - Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor no doente crítico inconsciente:

Na prestação direta de cuidados, tive especial interesse na pessoa / família em situação crítica a vivenciar processos de dor. Solicitei aos meus orientadores para, sempre que possível, ficar responsável, com a sua supervisão, pela prestação de cuidados a pessoas em situação de doença crítica inconscientes de forma a aumentar a minha experiência na aplicação da BPS e na gestão da dor. Foram muitos os momentos onde tive oportunidade de avaliar a dor e administrar analgesia de forma a controlar a mesma. Associado à administração de analgesia, houve oportunidade de realizar outras intervenções não farmacológicas para o controlo da dor. As estratégias não farmacológicas/intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor segundo Rigotti & Ferreira (2005) englobam a criação de um ambiente calmo, as mudanças de posição, o apoio emocional ao doente e família e o estabelecimento de uma boa comunicação com o doente. A comunicação com o doente ventilado impossibilitado de comunicar verbalmente segundo Rosário (2009) é de extrema importância, sugerindo que os profissionais de saúde desenvolvam competências comunicacionais eficazes com os mesmos.

No decorrer do estágio observei e refleti sobre a prática de avaliação da dor na unidade, verificando que a avaliação da dor não era uma prioridade e que nos doentes críticos inconscientes era considerada por todos como um grande desafio, o que vai ao encontro dos resultados da evidencia científica produzida e oportunamente referenciada no decorrer deste relatório.

Procurei apresentar o meu projeto de estágio não só aos meus orientadores como à restante equipa multidisciplinar e quando oportuno discuti a problemática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente com base na evidência científica disponível.

O Enf.º Chefe desta unidade esteve sempre bastante interessado no meu projeto, discutindo comigo a prática de avaliação da dor e administração de analgesia do serviço. Forneceu-me informações relativas ao custo dos analgésicos e discutiu a relação custo benefício dos mesmos. Referiu com desagrado a restrição ao uso de alguns analgésicos (como o remifentanil), que devido a contenção de custos não pode ser utilizado com tanta frequência nos doentes internados nesta UCI.

Por sugestão do Enf.º Chefe e também dos meus enfermeiros orientadores elaborei uma formação, indo ao encontro das necessidades identificadas, sobre a avaliação da dor com a BPS. A formação foi apresentada dia 4 de novembro de 2011 e teve como objetivos: sensibilizar para a importância da avaliação da dor no doente crítico inconsciente; conhecer alguma da evidência científica disponível sobre o tema; desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e refletir sobre a prática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Assistiram doze colegas, o Enf.º Chefe e a Professora orientadora. Todos os formandos demonstraram interesse no conteúdo apresentado. No final houve alguns elementos que emitiram comentários relativamente à importância das intervenções autónomas de enfermagem na gestão diferenciada da dor. O Enf.º Chefe salientou a vantagem das escalas de avaliação da dor e de sedação/agitação associadas a protocolos de sedoanalgesia para a humanização e qualidade dos cuidados prestados. Como complemento a esta formação elaborei um manual de apoio à avaliação da dor (anexo III) onde coloquei a formação realizada, a norma de avaliação e registo da dor no adulto (elaborada pela Direção de Enfermagem do hospital no âmbito do projeto “A dor como 5º Sinal Vital”) e bibliografia de referência.

Uma situação que quero salientar foi a oportunidade de prestar cuidados a uma Senhora que por Síndrome de Dificuldade Respiratório do Adulto (ARDS) grave estava sob efeito de bloqueadores neuromusculares. Antes de proceder ao posicionamento da doente discuti com o Enf.º orientador a possibilidade de administração de bólus de analgesia, ponderando-se os benefícios e prejuízos da mesma intervenção. Nos doentes que estão sob efeito de bloqueio neuromuscular, segundo Juarez, et al. (2010) o uso da BPS é limitada, assim como nos doentes com lesões vertebro medulares e/ou neuropatia periférica. A curarização ou bloqueio neuromuscular segundo Sakata (2010) foi utilizado no passado com frequência para sedação profunda de doentes, surgindo relatos de

disfunção neuromuscular após a administração prolongada dos mesmos. Atualmente a mesma autora refere que as indicações para uso de bloqueadores neuromusculares são: entubação do doente, assincronia com ventilador, hipercapnia, ventilação não convencional, aumento da pressão intracraniana e realização de um procedimento. A revisão do conhecimento atual realizada por Oliveira (2012) permite afirmar que a curarização precoce e de curta duração tem aparentes benefícios fisiológicos (produção de citocinas pró-inflamatórias, oxigenação e consumo de O₂) e benefícios na redução da mortalidade. No entanto, a curarização não deve ser realizada sem associação de analgesia, porque apesar do doente submetido a curarização não conseguir manifestar a sua dor, não significa que ela não possa estar presente.

Segundo Benner (2001), a dor constitui-se como uma preocupação, quer para o doente como para o enfermeiro que ao se tornar um membro participante na prática de enfermagem assume uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de cuidar. As práticas do cuidar são assim baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto que é o doente. A mesma autora refere que, no domínio da função de ajuda, são competências de Enf.^a perita proporcionar conforto, comunicar, interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir (Benner, 2001).

Neste sentido, considero que na prestação de cuidados à pessoa / família em situação crítica a vivenciar processos de dor demonstrei um nível aprofundado de conhecimento e consciência crítica sobre os problemas da avaliação da dor no doente crítico inconsciente.

Objetivo 5 - Desenvolver competências na comunicação interpessoal e no estabelecimento de relações terapêuticas com a pessoa/família em situação crítica:

A comunicação é uma atividade humana básica que permite a pessoa expressar as suas necessidades. Segundo Phaneuf (2005, p. 22) “*comunicar consiste evidentemente em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo*. Os enfermeiros devem ter em conta que “*a comunicação é um processo comportando dois pólos: o nosso enquanto prestadoras de cuidados, e o da pessoa cuidada*” (Phaneuf, 2005, p. 22). Segundo a mesma autora “*a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes* (Phaneuf, 2005, p. 23).

A comunicação com a pessoa em situação crítica reveste-se de complexidade devido a alterações do estado de consciência, sedação e/ou intubação oro-traqueal. Na unidade observei que a comunicação entre os enfermeiros e os doentes ventilados era breve e normalmente com o objetivo de avaliar o estado de consciência do doente ou para o informar do seu estado clínico. Por outro lado, a comunicação do doente era normalmente para manifestar dor, emoções ou necessidades de natureza física.

Não tendo muita experiência na comunicação com doentes ventilados, senti necessidade de realizar pesquisas sobre a temática, verificando que existem várias estratégias que podem ser utilizadas de forma a facilitar/promover a comunicação com estes doentes. Segundo Happ, et al. (2011) o estabelecimento de contato visual com o doente, sendo que fazer perguntas de resposta sim e não, chamar o doente pelo nome, toque e gestos são estratégias positivas por parte dos enfermeiros na comunicação com doentes críticos acordados embora incapacitados de comunicar verbalmente devido a ventilação mecânica. Os quadros de comunicação pré feitos são outra estratégia de comunicação que segundo Patak, et al. (2006) são considerados pelos doentes como mais eficientes e rápidas que a escrita em papel, facilitando a comunicação das necessidades emocionais e respeitando a individualidade. A integração dessas estratégias na prática permitiu-me ir ao encontro da evidência científica, personalizando e melhorando os cuidados prestados. Por outro lado, permitiu aumentando a minha satisfação enquanto pessoa e profissional. Segundo Happ, et al. (2011) o conhecimento em técnicas de comunicação alternativas permite ao enfermeiro de cuidados intensivos diminuir a frustração na comunicação com os doentes ventilados.

Os familiares/pessoas significativas das pessoas internadas nesta unidade partilham muitas vezes sentimentos de ansiedade e perda de controlo. Na minha prestação de cuidados procurei incluir a família no processo de cuidados e dei informações acerca de como podiam comunicar com o doente, promovendo também o toque.

Uma situação que acontecia com frequência na unidade era o desmame precoce da sedação com o objetivo de evitar a sedação excessiva, avaliando a necessidade da mesma. Quando o doente acordava requeria intervenções de enfermagem especializadas no sentido de o tranquilizar e pedir a sua colaboração. Estas intervenções permitiam obter ganhos importantes na melhoria do padrão respiratório do doente, proporcionando extubações precoces e um envolvimento do doente no seu processo de tratamento. Nestas situações a gestão da dor era de extrema importância. Desta forma, consegui

adquirir competências a nível de comunicação interpessoal que me permitiu o estabelecimento de relações terapêuticas de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. O estabelecimento de uma relação com a pessoa cuidada é primordial, segundo Phaneuf (2005, p. 11) “*é preciso reconhecer que a ausência de uma relação válida entre a pessoa cuidada e a enfermeira, e a falta de um trabalho relacional intensivo, desumanizam os cuidados e despersonalizam o papel da enfermeira, transformando-o numa sucessão de gestos organizacionais frequentemente esvaziados do seu significado terapêutico*”.

Objetivo 6 - Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica:

Por ser um serviço altamente especializado tinha a expectativa de encontrar muitas situações de emergência, como por exemplo situações de Paragem Córdio-Respiratória (PCR) com necessidade de desfibrilhação imediata ou manobras de reanimação, podendo por em prática os conhecimentos adquiridos no curso de Suporte Avançado de Vida (SAV). No entanto, quando expus essa expectativa ao meu Enf.º orientador, ele informou-me que essas situações não eram muito frequentes, porque normalmente conseguiam ser antecipadas. Acrescentou que a monitorização invasiva e os cuidados intensivos prestados permitiam de forma geral antecipar as situações de instabilidade e risco de falência orgânica. Efetivamente não assisti a nenhuma situação de PCR, no entanto, foi possível assistir e participar em situações de falência respiratória com necessidade de ventilação mecânica invasiva de urgência.

Outra situação com relevância foi a de um doente que apresentava um padrão respiratório de exaustão, agitação, polipneia e taquicardia. Devido a este quadro de instabilidade e de risco de falência orgânica que identifiquei, contactei o médico e expus a minha avaliação. Ele observou o doente e decidiu pedir consentimento e iniciar sedação, entubação orotraqueal e conexão a prótese ventilatória mecânica.

Segundo Benner em matéria de diagnóstico e de vigilância de sinais de alarme a capacidade de perceção e de reconhecimento dos enfermeiros é um elemento central (2001).

Uma atividade que desempenhava em todos os turnos de estágio e que também contribuía para a identificação de focos de instabilidade e risco de falência orgânica era o ajustar de alarmes. No início de todos os turnos tinha por hábito ir observar o doente que

me era distribuído, olhando primeiro para ele seguindo o método mnemônico “ABCDE” (conhecimentos adquiridos no curso de *Advanced Trauma Care for Nurses - ATCN®*), este método foi desenvolvido para a avaliação e tratamento das vítimas de trauma, contudo, pode ser utilizado na abordagem sequencial do doente crítico, permitindo estabelecer prioridades nas intervenções. Depois, ajustava os alarmes ao estado hemodinâmico/ventilatório do doente, deste modo, conseguia garantir que sempre que um alarme fosse sinalizado eu compreendesse a sua importância, indo junto do doente confirmar alterações e atuando em conformidade. Alarmes desajustados, que sinalizam constantemente uma alteração já conhecida e assumida, levam rapidamente a uma desvalorização do sinal sonoro, com risco de erro grave pelo atraso em verificar qual a razão que o leva a alarmar. Nesta situação fui capaz de antecipar um problema, segundo Benner as enfermeiras peritas passam muito tempo a pensar na evolução de um doente, antecipando os problemas que podem surgir, e o que fariam para os resolver (2001).

Evitar erros foi uma preocupação constante no decorrer do estágio. Em ambiente de cuidados intensivos os erros podem ocorrer relacionados com a grande quantidade de informação e com a complexidade dos cuidados. Não obstante, cuidados rápidos e de alta qualidade com o menor número de erros possível são requeridos para cuidar de doentes em estado crítico. Fragata (2008, p. 23) refere que *“se é certo que os erros ligados à prestação de cuidados de saúde não poderão jamais ser abolidos na totalidade, devemos seguramente tudo fazer para que sejam minimizados na probabilidade de ocorrência e nas suas consequências”*. Para Benner as enfermeiras têm a possibilidade de prevenir e detetar erros porque estão sempre presentes e coordenam as relações entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados (2001).

Durante o estágio tive oportunidade de acompanhar um colega que para além de larga experiência/competência em UCI, possuía especialidade em reabilitação. Esta experiência mostrou-se bastante enriquecedora na medida em que me permitiu desenvolver novas práticas na área dos posicionamentos terapêuticos, importantes para a prevenção de úlceras de pressão. Também identifiquei técnicas de mobilizações ativas e passivas no leito no sentido de reduzir as consequências da imobilidade, em busca de uma rápida recuperação do doente. Uma atividade nova que tive oportunidade de realizar com esse enfermeiro especialista foi o posicionamento em decúbito ventral. Segundo Lacerda (2012) o posicionamento em decúbito ventral tem sido valorizado como uma arma terapêutica “de salvação” a adicionar às estratégias de ventilação protetora com volumes correntes baixos no tratamento da lesão pulmonar aguda ou, com maior impacto,

na ARDS. As complicações deste procedimento são raras desde que efetuadas de forma segura por pessoal treinado, e com cuidados específicos, nomeadamente com o adequado posicionamento de cateteres e drenos, com alívio das zonas de pressão e com proteção ocular (pelo risco de abrasão das córneas) (Lacerda, 2012). Nesta situação fui capaz de atuar de forma pronta executando uma técnica de alta complexidade. Segundo Benner (2001), no domínio da gestão eficaz de situações de evolução rápida a capacidade de apreender rapidamente o problema, de intervir de forma apropriada e de avaliar e mobilizar toda a ajuda possível são competências de enfermeira perita.

Objetivo 7 - Desenvolver competências na área da gestão de cuidados à pessoa em situação crítica:

Esta UCI estava completamente informatizada permitindo a ligação em rede de todas as camas a centrais de vigilância e a vários setores do hospital, com acesso imediato aos laboratórios, radiologia, hemodinâmica, farmácia, entre outros. No decorrer do estágio desenvolvi competências na utilização do sistema informático que me permitiu perceber que este tem reflexos positivos em termos de gestão.

Segundo Rocha (2012), as UCIs são ambientes ricos em dados que podem ser medidos de forma contínua, a cada segundo (frequência cardíaca, tensão arterial, saturações de O₂ e C O₂, etc...), e dados que são lançados de forma esporádica (resultados de exames auxiliares de diagnóstico, prescrições de terapêutica, observações clínicas dos doentes, entre outros aspetos). O registo informático destes dados pode melhorar o acesso aos mesmos, ajudar na redução de erros, garantir conformidade com padrões de alta qualidade, fornecer apoio à decisão, facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e conseqüentemente melhoraria da qualidade dos cuidados prestados (Rocha, 2012).

Houve uma situação que tive oportunidade de assistir neste local de estágio que considerei muito positiva. Foi no final de uma passagem de ocorrências do turno da noite para o turno da manhã, onde o Enf.º Chefe da unidade pediu para reunir com a equipa presente de forma a discutir um problema que tinha surgido no dia anterior, relacionado com os registos de enfermagem no sistema informático. Sem críticas diretas, reforçou a importância da atualização permanente dos registos de enfermagem que servem como meio de comunicação interprofissional e que contribuem para a excelência dos cuidados prestados. O Enf.º Chefe desta unidade, desempenhava um papel extremamente

importante como motivador da equipa e proporcionou-me bons momentos de reflexão na área da gestão de cuidados e de equipas.

Algumas das atividades que contribuíram para o desenvolvimento deste objetivo de estágio foram realizadas com o meu segundo Enf.^o orientador, no desempenho das suas funções enquanto chefe de equipa. Acompanhei-o na gestão de *stocks* de materiais consumíveis e equipamentos, como por exemplo na revisão do carro de urgência, conferindo-se quantidades e validades da terapêutica a utilizar em situação de urgência, assim como o material que o compõem. Realizamos também o autoteste nos desfibrilhadores dos dois carros de urgência. Montamos e verificamos os ventiladores das unidades, percebendo a especificidade dos três modelos existentes (Servo-i[®], Evita[®]4 e um Servo-300[®] de reserva).

O meu Enf.^o orientador, enquanto chefe de equipa foi um exemplo a seguir, ele tinha preocupações relativamente a pormenores que se revelavam muito importantes, recordo-me que um dia o encontrei a verificar se todos os doentes ventilados da unidade tinham junto a si um ambu montado e conectado a fonte de oxigénio, explicou-me que era uma atividade que desempenhava com regularidade, porque nos doentes ventilados o risco de extubação ou falha no sistema de ventilação é constante e pode haver necessidade de suporte ventilatório com recurso a ambu que deve estar sempre disponível. Realizei com a sua supervisão esta atividade, ficando assim, alerta para a importância deste tipo de pormenor em situações de urgência.

Para mim, enquanto chefe de equipa no meu local de trabalho, foi especialmente útil observar como o Enf.^o orientava a sua equipa em termos de distribuição de doentes, procurando distribuir os doentes de acordo com os diferentes estádios de integração e nível de competência dos enfermeiros. Por exemplo, doentes sob técnica de ECMO eram cuidados por enfermeiros que tinham formação e experiência com o procedimento.

Concluo que este local de estágio foi uma mais-valia para a aquisição de competências na área de gestão, competências essas que se revelaram muito úteis no segundo local de estágio.

3.2. Segundo local de estágio: Centro Hospitalar da região de Lisboa - UCI nível II

Este local de estágio foi escolhido por ser o local onde exerço funções desde julho de 2006 e onde identifiquei necessidades na área da avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Esta unidade com especialização no cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica é considerada de nível II:

“ tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.” (Ministério da Saúde, 2003, p. 8).

Constituída por oito quartos individuais com pressão positiva de fluxo de ar laminar e com filtros de alta eficiência HEPA para assegurar um ambiente de baixo teor microbiano, tem capacidade para realizar Transplante de Medula Óssea (TMO) ou de células progenitoras de sangue periférico colhidas por hemaforese que podem ser: Alogénico (dador HLA compatível, familiar ou não familiar), Autólogo (do próprio), Singénico (dador gémeo univitelino), Haploidêntico (de dador familiar com 50% de compatibilidade) e Submieloblástico (com mielodepressão menos acentuada). As patologias mais frequentes são: Leucemias Linfoblásticas e Mieloblásticas em fase aguda ou crónica, Linfoma de Hodgkin, não Hodgkin, de Burkitt e de Células T, Mieloma Múltiplo e Anemias Aplásticas.

Nesta unidade os doentes admitidos são provenientes de vários pontos do País, incluindo as ilhas e Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), no entanto, a maioria é proveniente do centro e sul do País. A faixa etária é variável, sendo a grande maioria adultos jovens. Os doentes são admitidos através da Consulta Externa, SUC e Transferências Internas e Externas (via SUC). Os internamentos são prolongados o que confere uma relação enfermeiro - doente especial.

Objetivo 8 - Colaborar em projetos institucionais com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica:

Para este local de estágio propus mobilizar competências especializadas adquiridas no âmbito da avaliação da dor no doente crítico inconsciente e no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa, desenvolvendo atividades

que contribuíssem para a promoção de políticas de controlo da dor sugeridas pela direção de enfermagem, especificamente colaborando com a mesma sendo um dos elos de ligação da unidade ao projeto institucional denominado de “A dor como 5º sinal vital”.

Este projeto, coordenado pela direção de enfermagem teve início em março de 2011, tendo como objetivo implementar a avaliação e registo da Dor, como 5º sinal vital, de forma sistemática a todos os doentes internados no hospital. O seu desenvolvimento foi baseado numa metodologia de investigação-ação que consiste em resolver problemas de carácter prático através de método científico. Para a execução do projeto foram delineadas três fases: 1ª constituição do grupo de trabalho para elaboração do plano de implementação (criação de normas); 2ª diagnóstico da situação e implementação do projeto nos serviços (definição dos elos de ligação) e 3ª avaliação da implementação do projeto decorridos seis meses do seu início.

Na fase de preparação do meu projeto de estágio tive oportunidade de conhecer a justificação, objetivo e fases de desenvolvimento deste projeto. Também colaborei na fase de diagnóstico da situação inicial a nível das UCIs, salas de observação de cirurgias e SUC, sob orientação da Enf.ª Gestora do projeto, que é também a Enf.ª Chefe da Unidade da Dor. A análise da informação recolhida permitiu perceber que à semelhança do meu local de trabalho há uma tendência para não considerarem o registo da dor de forma consciente e sistematizada no doente crítico inconsciente. São apenas três os serviços que têm a prática de utilizar instrumentos de avaliação da dor adequados a este tipo de doentes, todos os outros (doze serviços) não utilizavam nenhuma escala para avaliar a dor no doente crítico inconsciente e reconheceram as suas limitações, assim como a necessidade de formação, demonstrando receptividade ao projeto da instituição.

Na visita que foi efetuada ao meu local de trabalho, a minha Enf.ª Chefe definiu-me como elo de ligação ao projeto, mais uma colega que também demonstrou interesse na temática. Juntas, pensámos em estratégias de dinamização do projeto no serviço, que passariam por sessões formativas e monitorização direta da prática.

No meu primeiro local de estágio tinha realizado de forma subtil algumas atividades no âmbito da concretização deste objetivo, nomeadamente na formação relativa à avaliação da dor com a BPS e posteriormente com a elaboração do manual de apoio à avaliação da dor, onde procurei divulgar o projeto da instituição e apresentei a norma de avaliação e registo da dor no adulto, elaborada pela direção de enfermagem no contexto deste mesmo projeto.

Neste segundo local de estágio procurei de forma mais concreta desenvolver atividades na área da qualidade, que contribuíssem para a promoção das políticas de controlo da dor sugeridas pela direção de enfermagem. Assim, atendendo às necessidades identificadas, realizei três sessões formativas, disponibilizei suporte relativamente ao uso da BPS em local visível na unidade para consulta rápida e elaborei um manual de apoio à avaliação da dor, idêntico ao manual elaborado para o primeiro local de estágio, onde incluí o material que servia de suporte à segunda sessão formativa, que estando mais completa, respondia às necessidades identificadas no serviço.

A primeira sessão aconteceu no dia 13 de dezembro de 2011, às 15:30 numa sala do serviço que é destinada às refeições dos doentes e onde normalmente realizamos as sessões de formação de enfermagem. Assistiram nove elementos (a equipa de enfermagem é constituída por vinte e um elementos) e teve a duração de uma hora. A Enf.^a Chefe que foi também a orientadora neste local de estágio esteve presente. Nessa sessão os colegas demonstraram interesse pelos conteúdos apresentados e no final fizeram comentários, colocando algumas questões. Os comentários foram positivos no sentido de valorizarem a temática apresentada e reconhecerem a pertinência da mesma para a melhoria dos cuidados prestados ao doente do foro hemato-oncológico em estado crítico, a Enfermeira Chefe reforçou esta ideia. As questões anunciadas por dois colegas foram: Qual a escala de avaliação da dor a utilizar em doentes com alterações do estado de consciência, quando a utilização da BPS está excluída? Em doentes ventilados e sedados como se pode avaliar o nível de sedação? Estas duas questões foram respondidas e assumi que na segunda sessão formativa iria incluir esses conteúdos na apresentação, por serem considerados por todos os presentes como pertinentes para a avaliação da dor.

A segunda sessão formativa (anexo IV) aconteceu no dia 11 de janeiro de 2012, no mesmo local, à mesma hora e com a mesma duração. Assistiram sete elementos, ficando apenas quatro elementos da equipa de enfermagem por assistir à formação. A Enf.^a coordenadora da unidade esteve presente na formação. Nesta sessão os colegas demonstraram igualmente interesse pelos conteúdos apresentados. Não houve questões relevantes, apenas comentários no final. Foi dada ênfase à forma como apresentei a sessão. Alguns colegas elogiaram o conhecimento profundo que demonstrei sobre a temática e a forma lógica como encadeei as ideias. Também foi referida a importância de formar a equipa médica sobre esta problemática.

A terceira sessão (anexo V) aconteceu no dia 23 de fevereiro de 2012 às 9:00 num auditório externo ao serviço, onde normalmente são realizadas as reuniões de equipa e as sessões clínicas semanais. Assistiram vinte e cinco elementos (treze médicos, onze enfermeiros e uma assistente social) e teve a duração de uma hora (com apresentação e discussão). Destaco a presença do Senhor Diretor Clínico que foi o moderador da sessão, dos Chefes de equipa das três equipas médicas do serviço, e das Senhoras Enfermeiras Chefes e coordenadoras dos três sectores do serviço (unidade, enfermaria e hospital de dia). A presença das chefias deixou-me muito satisfeita, principalmente porque emitiram pareceres positivos relativamente à sessão que assistiram. Segundo Gomes (1999), o papel do Chefe é fundamental como líder e dinamizador da equipa. Os Chefes tiveram um papel fundamental na validação do problema de não haver a prática de utilizar uma escala de avaliação da dor para doentes inconscientes e na validação das soluções apresentadas. Nesta terceira sessão formativa estava mais calma e confiante, senti que tinha evoluído, que tinha adquirido mais conhecimentos relativos à temática da avaliação da dor e que a experiência das outras sessões formativas me tinha capacitado para conduzir esta de forma mais adequada. O feedback dos participantes traduziu essa mesma percepção. Fiquei satisfeita por perceber que a temática lhes interessava e que a consideraram pertinente para o contexto de cuidados ao doente hemato-oncológico em estado crítico. No final da sessão houve tempo para momentos de reflexão em equipa, onde se partilharam experiências e onde se refletiu sobre a prática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Segundo Crofts, (2006) a incorporação da prática reflexiva na prática de cuidados é importante para o desenvolvimento profissional contínuo e para o desenvolvimento das práticas.

No decorrer das três sessões formativas procurei mobilizar as competências adquiridas no meu primeiro local de estágio, nomeadamente no âmbito da aplicação prática da BPS e no cuidado ao doente em estado crítico. A experiência adquirida na prática clínica e a capacidade de a transpor para a prática, segundo Paixão & Monteiro (2009), são muito importantes na formação em serviço e na aquisição de competências. Gomes (1999), acrescenta que a observação e reflexão sobre a prática clínica possibilita a construção ativa do conhecimento baseado na ação.

O dia, local, hora e duração das sessões foram considerados de forma a aumentar a assistência da mesma. É difícil mobilizar a equipa para assistir às formações em serviço. Segundo Gomes (1999), um dos fatores que pode condicionar o êxito da formação é a falta de motivação. As estratégias que utilizei para colmatar esta

condicionante e que vão ao encontro das sugestões de Gomes (1999), foram para além da escolha do dia, local e hora mais adequados à dinâmica do serviço, o planeamento cuidadoso da sessão, encorajando os elementos a participar, a discutir, a comunicar, a dar sugestões e a interessarem-se pela mudança, despertando-os para as vantagens da melhoria nos cuidados prestados.

A ligação entre o exercício profissional e a atualização contínua de conhecimentos, legalmente consagrados no Decreto-Lei nº 437/ 91 de 8 de novembro, tem sido defendida e reforçada ao longo dos anos pela OE que a enquadra no domínio das competências do enfermeiro de cuidados gerais (Paixão & Monteiro, 2009). A OE (2010), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista também definiu como competência do enfermeiro especialista no domínio da melhoria da qualidade, o planear programas de melhoria contínua, identificando oportunidades, estabelecendo prioridades e selecionando estratégias.

Após reflexão dos três momentos de formação foi para mim óbvia a aquisição de uma nova perspetiva, os projetos de formação académica fazem sentido quando envolvem a prática e não ficam só pela teoria. Foi muito importante envolver a equipa no meu projeto de estágio e ver que o mesmo pode ter contributos na melhoria dos cuidados prestados. As formações em serviço podem servir para motivar e envolver os enfermeiros nos projetos institucionais na área da qualidade. Segundo Paixão & Monteiro (2009) é essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais.

Objetivo 9 - Desenvolver competências na área da formação atendendo às necessidades identificadas:

As atividades descritas no objetivo anterior contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento de competências na área da formação, no entanto, no decorrer do estágio identifiquei outras áreas do cuidado ao doente em situação crítica com necessidades de formação, como por exemplo a área do cuidado ao doente submetido a técnica contínua de substituição da função renal, a administração de terapêutica, o transporte intra-hospitalar do doente crítico e a monitorização hemodinâmica. Estas necessidades foram identificadas com base no relatório anual das necessidades formativas (elaborado pelas duas Enfermeiras responsáveis pela formação) e com base

na minha experiência enquanto chefe de equipa, conhecendo de perto as necessidades dos meus colegas.

As sessões de formação em serviço fazem sentido, com base nas necessidades identificadas e com vista à melhoria dos cuidados prestados. Segundo Paixão & Monteiro, (2009) a formação em serviço assume um papel fundamental na atualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de Enfermagem. Sendo um direito, é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos (Paixão & Monteiro, 2009). Assim sendo, e também porque não dispunha de tempo para responder sozinha a todas as necessidades identificadas, procurei envolver outros elementos da equipa e convidei um elemento externo ao serviço (a minha primeira Enf.^a orientadora do primeiro local de estágio), para de acordo com a sua disponibilidade, no futuro vir contribuir com os seus conhecimentos de perita na área de intervenção em Enfermagem Nefrológica, de forma a aperfeiçoar a nossa prática no cuidado ao doente submetido a técnica contínua de substituição da função renal.

Na área da administração de terapêutica, foi possível elaborar com uma colega e com a farmacêutica responsável pelo serviço, uma sessão formativa (anexo VI), apresentada no dia 7 de fevereiro de 2012, às 15:30, cujo tema foi incompatibilidades farmacológicas. A pertinência da sessão esteve fortemente relacionada com as mudanças recentes que ocorreram no serviço a nível do tempo de administração de determinados antibióticos (tempo dependentes) que passaram a ser administrados em perfusão prolongada ou contínua. Toda a equipa esteve envolvida nesta mudança, tendo como principal objetivo a otimização da terapêutica de suporte ao doente hemato-oncológico em estado crítico. Neste contexto, também foi realizada uma sessão clínica apresentada por três médicos do serviço e pela nossa farmacêutica onde ficou demonstrada a importância da adequação da antibioterapia que inclui a apropriação bem como a seleção da dose, do tempo e da via de administração ótimos.

O doente hemato-oncológico por base tem um regime farmacológico complexo, quando o seu estado evolui para uma situação crítica, o incremento de terapêutica e a necessidade de algumas perfusões contínuas representa um problema complexo para os enfermeiros, porque o número de acessos venosos não é proporcional à grande quantidade de fármacos a infundir, favorecendo a ocorrência de incompatibilidades entre as drogas administradas. Os enfermeiros são os responsáveis pela administração de terapêutica, por isso devem conhecer as compatibilidades das mesmas. Segundo a OE (1996) estes devem proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus

efeitos e atuando em conformidade. É necessário investir em estudos relativos à compatibilidade dos fármacos que nos garantam uma prática de qualidade, fundamentada em princípios teóricos.

No sentido de promover essa prática de qualidade, na formação sobre incompatibilidades farmacológicas foi apresentada uma tabela de compatibilidade (anexo VII) e uma tabela de diluições (com informação relativa à reconstituição, diluição e tempos de perfusão da terapêutica administrada com mais frequência no serviço - anexo VIII). Estas duas tabelas, após aprovação da equipa, foram colocadas em local visível nas duas bancadas de preparação de terapêutica. Também foram disponibilizados dois Guias de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica (Dinis, 2010), para consulta em caso de dúvida. Foi com agrado que verifiquei que as tabelas e os guias são consultados com frequência pelos meus pares.

Numa altura de mudanças, considero que tive um papel fundamental nas mesmas, foram muitos os momentos de reflexão com os meus pares, elementos da equipa médica e farmacêutica do serviço. O trabalho em parceria permitiu que essas mudanças fossem sustentadas em bases sólidas e credíveis. Assim sendo, com as atividades descritas consegui adquirir competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos e contribuí para a melhoria dos cuidados prestados. As tabelas elaboradas também podem no futuro servir como instrumentos facilitadores da integração de novos profissionais e alunos, assim como contribuir para a prevenção do erro.

Relativamente à área do transporte intra-hospitalar e da monitorização hemodinâmica, a minha intervenção foi diretamente na prática, onde tive oportunidade de mobilizar conhecimentos adquiridos previamente e prestar cuidados inerentes a estas duas áreas, dando alguma formação aos meus pares de forma integrada na prática. No decorrer do estágio tive a preocupação de ficar na prestação direta de cuidados aos doentes em estado mais crítico, ou então apoiar os meus pares nesses cuidados.

A monitorização hemodinâmica dos doentes em estado crítico foi uma preocupação minha constante, tentando também inculcar essa preocupação ao resto da equipa. Nesta unidade os doentes estão maioritariamente em situações hemodinâmicas estáveis, são independentes nas suas atividades de vida diária e não inspiram cuidados críticos, a monitorização de sinais vitais duas vezes turno na maior parte das vezes é suficiente para a vigilância dos doentes. No entanto, relacionado com os esquemas de quimioterapia muito agressivos, há grande risco de complicações e podem entrar em situação crítica de forma inesperada, pelo que a monitorização continua precoce é essencial. Houve uma

situação de uma Senhora de 50 anos, com diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, em remissão hematológica e genética, que estando em aplasia após terceiro ciclo de quimioterapia, foi para mim um grande exemplo da instabilidade e risco de falência orgânica que estes doentes estão expostos. Na passagem de ocorrências foi referido que esta doente estava um pouco sonolenta, pelo que, no início do turno da tarde fui junto dela para avaliar o seu estado geral, verificando que a mesma respondia muito lentamente aos estímulos. Procedi à avaliação dos sinais vitais, que se encontravam dentro dos parâmetros habituais para o doente, mas a Senhora continuava muito prostrada, sem causa aparente. Resolvi proceder à sua monitorização e chamei o médico de urgência interna. Poucos minutos depois a doente entrou em PCR. O facto de estar monitorizada permitiu-nos o pronto reconhecimento da situação, pelo que, pedi ajuda e iniciei com o médico manobras de reanimação básicas. Com as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV) a doente retomou a circulação espontânea pelo que se continuou com manobras de SAV onde o meu papel de *“team lider”* e a colaboração de todos os elementos da equipa foi essencial ao sucesso da mesma. Nesta situação fui capaz de antecipar um foco de instabilidade e executei cuidados técnicos complexos demonstrando conhecimentos e habilidades em SBV e SAV. Considerando a classificação de competências defendida por Benner, tive a capacidade de mobilizar conhecimentos adquiridos previamente, atuando de forma rápida e eficaz. Benner (2001, p. 141) refere que *“São precisos imensos conhecimentos e competências para se determinar a gravidade de uma situação e a necessidade de uma intervenção rápida”*.

O transporte intra-hospitalar sempre me foi um assunto querido, em 2007 no centro de formação da minha instituição, fiz o curso avançado de transporte do doente crítico, tendo este curso uma metodologia teórico-prática foi possível adquirir competências no âmbito do planeamento e efetivação deste tipo de transporte. Ao longo dos meus quase seis anos de experiência efetuei inúmeros transportes intra-hospitalares, para realização de exames complementares de diagnóstico ou para transferências para outras UCI de nível mais diferenciado. Sempre procurei seguir as recomendações da minha instituição e mais recentemente atualizei-me no CME AEEPSC com as recomendações da SPCI (2008) no que diz respeito aos recursos humanos e materiais necessários ao transporte do doente crítico. No decorrer do estágio tive a preocupação de transmitir aos meus pares a importância do cumprimento das recomendações, mantendo o mesmo nível de cuidados e vigilância no transporte.

No meu primeiro local de estágio também tive oportunidade de realizar algumas transferências intra-hospitalares de doentes em estado crítico, utilizando nessas transferências uma mala com dispositivos médicos e farmacológicos para atuação em situação de urgência. Felizmente nunca houve necessidade de utilizar o material dessa mala, no entanto, o facto de o levar comigo retirava-me alguns receios.

No segundo local de estágio, senti necessidade da existência de uma mala deste tipo, pelo que, fiz a proposta à Enf.^a Chefe de criar uma mala de transporte para os doentes em estado crítico, ela aceitou a sugestão e disse que ia tentar adquirir a mala o mais breve possível. Entretanto, pedi ao Enf.^o Chefe da UCI onde realizei o primeiro estágio para me fornecer a listagem do material para transporte intra-hospitalar (anexo IX). Nessa altura fui informada que o hospital tem um projeto, com início programado para março de 2012, no âmbito da certificação de qualidade, cujo objetivo é que todos os serviços tenham esta mala de transporte. Este projeto vai funcionar com elos de ligação aos serviços que tenham a responsabilidade de formar e monitorizar as equipas. Assim sendo, e como tenho muito interesse nesta temática, porque sei que pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente em situação crítica, propus à minha Enf.^a Chefe ser o elo de ligação a este projeto e comprometi-me a de futuro realizar formação nesta temática aos meus pares.

No decorrer deste estágio houve ainda oportunidade de participar em dois eventos. O primeiro evento foram as 6^{as} Jornadas do Doente Crítico (promovidas pela equipa do meu primeiro local de estágio), realizadas a 19 e 20 de janeiro de 2012, onde apresentei um poster com o tema “Da evidência científica à tomada de decisão: monitorizar a dor no doente inconsciente” (anexo X). Este poster elaborado sob a orientação da Professora orientadora, teve como objetivo partilhar com os restantes profissionais de saúde o trabalho que desenvolvi no contexto do meu projeto e promover a discussão e partilha de conhecimentos. A participação neste evento foi ainda relevante pela possibilidade de assistir a outras apresentações, tomando assim conhecimento do que está a ser desenvolvido, baseado na mais recente evidência científica, na área do cuidado ao doente crítico.

O segundo evento foi o 10^o Convénio da Astor (Associação para o desenvolvimento da terapia da dor), realizado no dia 27 de janeiro de 2012, onde foi possível assistir a comunicações e a apresentações de pósteres na área da dor e tratamentos farmacológicos. Neste Convénio aproveitei para adquirir alguns instrumentos de avaliação da dor para doentes conscientes, que levei para o meu segundo local de

estágio e que se revelaram úteis na prática de cuidados. Infelizmente neste convénio não se abordou a temática da avaliação da dor nos doentes inconscientes, o que considere uma grande lacuna. No entanto, considero que a participação nestes dois eventos foi útil no meu processo de aquisição/desenvolvimento de competências, pela partilha de conhecimentos formal e informal que ocorreu.

Com todas as atividades desenvolvidas, e que proponho desenvolver no futuro relacionadas com a grande área que é a formação, considero que consegui identificar necessidades formativas e promover a formação em serviço de acordo com as mesmas. A formação de profissionais de saúde é para mim uma preocupação constante com vista à manutenção de cuidados de excelência. Como futura Enf.^a perita na AEEPSC tenho uma grande responsabilidade na formação e sei que o meu contributo pode ser fundamental.

Objetivo 10 - Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica:

Nos dois locais de estágio tive sempre presentes as regras e normas de prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) aplicando-as na prática de cuidados e promovendo-as na equipa.

As IACS são um *“conceito alargado de infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados”* (DGS, 2008, p. 5). A implementação de medidas de prevenção das IACS é imprescindível, não só pela proteção dos utentes, mas também pela nossa proteção enquanto profissionais expostos a riscos. A DGS reconhece que as IACS são um problema nacional que afeta a qualidade dos cuidados prestados e que aumenta exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde português (DGS, 2008).

Segundo a OMS (2009), um em cada quatro doentes internados numa UCI, tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, acrescentando ainda que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos.

Neste segundo local de estágio, por ser uma unidade diferenciada no cuidado à pessoa com doença do foro hemato-oncológico, onde os tratamentos imunossuppressores, mais os internamentos prolongados e recorrentes, associados à presença de CVC aumentam exponencialmente o risco dos doentes adquirirem IACS, tive a preocupação de

cumprir as normas e orientações emanadas pela Comissão de Controlo de Infeção (CCI) de forma a prevenir e/ou reduzir as IACS e participei ativamente na criação de uma norma e na mudança de algumas práticas.

A norma que foi criada no decorrer do meu estágio foi a da Heparinização de CVC (anexo XI) com Fibrilin® (solução diluída de Heparina Sódica, correspondendo a uma concentração de 20U.I./ml de Heparina). Esta norma teve como objetivos: a prevenção e controlo de infeções associadas à manipulação frequente dos CVC; a prevenção de formação de coágulos e consequente obstrução do CVC e a uniformização de procedimentos de acordo com as recomendações da CCI e com base na evidência científica disponível.

O meu conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das comissões de controlo da infeção mais a experiência adquirida no primeiro local de estágio, onde a prática de heparinização de CVC era feita com recurso ao Fibrilin® permitiu-me promover algumas discussões nas passagens de ocorrências, que resultaram em mudanças de práticas. Estas discussões permitiram-me refletir na e sobre a prática, de forma crítica, produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde. Assim, considero que consegui demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa interdisciplinar.

Outra mudança que ocorreu durante o meu estágio foi relativa à troca de sistemas de perfusão endovenosa. A prática na unidade era mudar sistemas diariamente, fazer rotação de antibióticos pelos vários lúmenes do CVC e realizar manipulações pontuais de lúmenes para administrar transfusões sanguíneas e/ou outro tipo de terapêutica como por exemplo a ciclosporina. Consegui que a mudança de sistemas passasse a ser feita de 72/72 horas (elaborei um calendário para assinalar os dias de mudanças de sistemas), deixou de haver rotação de antibióticos pelos lúmenes e nos doentes com prescrição de ciclosporina e/ou que tenham muita terapêutica que assim o justifique, passaram a ter mais do que um lúmen com soros de manutenção de via em perfusão contínua. Estas mudanças, baseadas no conhecimento científico e nas recomendações da CCI, tiveram como principal objetivo reduzir o número de manipulações do CVC e consequentemente prevenir e/ou reduzir as infeções associadas ao mesmo. No entanto, as mudanças também demonstraram benefícios na redução do tempo com manipulações de CVC desnecessárias e na gestão da terapêutica, reduzindo o risco de incompatibilidades. Mais uma vez, os meus conhecimentos e a experiência adquirida no primeiro local de estágio foram cruciais no processo de mudança.

Outra mudança que consegui promover foi relativa ao uso de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI). Os EPI estão perfeitamente definidos e legislados, sendo referidos como “...equipamentos de proteção *individual todo o equipamento, bem como qualquer complemento ou acessório, destinado a ser utilizado pelo trabalhador para se proteger dos riscos, para a sua segurança e para a sua saúde*” (Ministério da Saúde, 1993, p. 5553). Os aventais descartáveis e batas de proteção estão localizados numa caixa dentro de um armário com difícil visualização, o que indiretamente condicionava o seu uso. Considerei ser este um aspeto a ser melhorado e após falar com a minha Enf.^a Chefe, foi possível colocar essa mesma caixa num local de fácil acesso. Foi com grande satisfação que constatei que essa pequena alteração se revelou eficaz, pois com a nova localização estes passaram a ser mais usados, contribuindo assim para a prevenção das IACS.

Os enfermeiros têm um importante papel na formação, supervisão, monitorização e implementação das medidas de controlo de infeção. Cada um de nós pode representar um “pequeno” contributo para a mudança. No decorrer do meu estágio ao modificar práticas nos meus pares e outros profissionais, fui um “pequeno” contributo para a melhoria dos cuidados prestados, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica. A leitura que fiz do conteúdo legal, das implicações para o serviço e da possível motivação dos profissionais, revelaram ser bem conseguidas e fundamentais para a tomada de decisão e logo aquisição de competências.

Objetivo 11 - Mobilizar conhecimentos e competências adquiridos na minha formação inicial, experiência profissional e formação pós-graduada:

No segundo local de estágio, à semelhança do primeiro, realizei um estudo de caso (anexo XII) que me permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica. A situação de cuidados escolhida revelou-se uma excelente oportunidade de desenvolvimento de competências especializadas na avaliação da dor, na comunicação interpessoal e no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Considero que fui capaz de articular a teoria com a prática e assim planejar, executar e avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades identificadas.

Segundo Benner (2001), a teoria é indispensável para se saber identificar uma situação clínica, pois ensina-nos o modo de solucionar os problemas e ajuda-nos a antecipar as necessidades de cuidados. A aprendizagem que parte da experiência põe as questões e testa os comportamentos em situações reais, e o saber adquirido permite-nos decisões rápidas, fundamentadas em situações anteriormente vividas. Benner (2001) acrescenta que a teoria se desenvolve na prática, sendo importante o “saber”, mas torna-se fundamental desenvolver o “saber fazer”, para que se possa alargar a teoria em vigor e assim desenvolver o conhecimento prático (saber fazer). Desta forma, a teoria desenvolve-se na prática e esta alarga a teoria.

Considero que no decorrer dos estágios consegui gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.

Os conhecimentos adquiridos na fase de desenvolvimento do projeto de estágio, com a revisão da literatura relativa às escalas de avaliação da dor no doente crítico inconsciente, as idas a campo e a experiência da prática de cuidados ao doente crítico nos dois locais de estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa e de forma específica na avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Nas atividades desenvolvidas procurei incorporar os conhecimentos teóricos recorrendo à pesquisa bibliográfica de um modo muito assíduo, com vista à maximização do meu processo de aprendizagem. Assim, considero que consegui promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, demonstrando um nível aprofundado de conhecimentos na AEEPSC.

Objetivo 12 - Refletir sobre o processo de aquisição de competências:

Considero que este relatório além de ser um guia descritivo do que foi o estágio, também se revelou uma ferramenta pessoal que me permitiu refletir, avaliar e registar todo o trajeto percorrido descrevendo e analisando de forma crítica, ideias, interesses, atividades, experiências e claro, as competências efetivamente adquiridas.

No decorrer do estágio procurei ter uma atitude reflexiva e construtiva sobre as práticas. A partilha de experiências com pares, professora e enfermeiros orientadores permitiram-me aumentar a consciência e coerência sobre o processo de cuidar, e ampliaram os meus conhecimentos nos diferentes domínios do saber. Segundo Santos &

Fernandes (2004) “*A prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas.*” Sem dúvida que a reflexão foi a essência do meu processo de aquisição de competências.

Contribuíram também para a prática reflexiva e aquisição de competências a elaboração de documentos como jornais de aprendizagem e estudos de caso. Através dos jornais de aprendizagem apliquei o ciclo reflexivo de Gibbs, possibilitando por um lado a aprendizagem dessa metodologia reflexiva e por outro lado, através das conclusões feitas, o tomar consciência das competências adquiridas. Os estudos de caso permitiram não só enquadrar na prática clínica os quadros conceituais já estudados, mas também uma análise detalhada que ajudou a compreender os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, a fundamentar as intervenções de enfermagem a considerar no plano de cuidados ao doente crítico e a avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades identificadas.

As reuniões tutoriais, realizadas no início, meio e fim de cada local de estágio foram fundamentais para me conduzirem neste processo. Nessas reuniões era feita uma apreciação crítica do meu desempenho (Anexo XIII), e eram sinalizadas dificuldades e pontos de interesse a refletir.

Outro fator essencial para a aquisição de competências é a colaboração dos parceiros da ESEL na disponibilização de contextos para os estágios. Foi nos locais de estágio que pude pôr em prática os conhecimentos adquiridos ao longo deste meu percurso formativo, testar as minhas capacidades, refletir sobre a prática de cuidados de enfermagem e adquirir novas competências no cuidado à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa. O cruzamento da ESEL com as instituições parceiras (que disponibilizam os contextos de estágio) resulta numa relação de mutualismo, em que se verificam benefícios para ambas as partes.

Apesar do estágio ter decorrido conforme o projeto de estágio, houve situações no contexto de aprendizagem que levaram à execução de atividades que inicialmente não estavam previstas, nomeadamente a elaboração e apresentação da sessão formativa sobre incompatibilidades farmacológicas. Apesar de não estar inicialmente previsto, não deixou de ser menos importante no meu processo de aquisição de novas competências, visto que com esta atividade desenvolvi competências na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório espelha um percurso de trabalho e reflexão que permitiu a concretização dos objetivos propostos e consequente aquisição de competências. Este foi um longo percurso que teve início antes do primeiro dia de aulas e não acaba com a conclusão deste Curso. O investimento na área do cuidado ao doente crítico tem sido uma constante ao longo do meu percurso profissional. O CME AEEPSC com a sua componente teórico-prática alertou-me para a necessidade de contribuir para uma Enfermagem Avançada como ciência do Cuidar. A enfermagem é descrita pela autora Benner como uma relação de cuidar, condição que possibilita a ligação e preocupação entre as pessoas. O Cuidar é essencial porque estabelece a possibilidade de dar e receber ajuda, sendo a prática de cuidados de enfermagem conduzida pela arte e ética moral do cuidar e da responsabilidade (Benner & Wrubel, 1989).

Os estágios revelaram-se de extrema importância para a articulação entre os pressupostos teóricos e a experiência da prática clínica, permitindo desenvolver competências numa perspetiva de Enfermagem Avançada centrada numa lógica mais conceptual. Em UCI é fundamental preservar a noção de Cuidar, utilizando como adjuvante toda a tecnologia de monitorização e tratamentos disponíveis, mas vendo sempre o doente e família como ponto fulcral da nossa atuação. No decorrer dos estágios a avaliação e controlo da dor no doente crítico inconsciente contribuiu para a preservação da noção de cuidar e para a consequente humanização dos cuidados.

De forma sumária e segundo o preconizado pela OE (2010) como unidades de competência no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, no decorrer do estágio: prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, participei na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, promovi a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica otimizando as respostas, assisti a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica e geri a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família a vivenciar processos de dor.

Saliento como principais contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a realização de atividades na área da avaliação da dor (formações, guia de

apoio à avaliação da dor e poster), na área de administração de terapêutica (formação e tabelas de compatibilidades e de diluições) e na área da prevenção e controlo da infeção (norma de heparinização de CVC com Fibrilin®, mudança de sistemas de 72/72h e promoção do uso de EPI).

Um dos aspetos facilitadores do meu percurso foi o facto de já ter alguma experiência na área do cuidado ao doente crítico, com seis anos de prática em UCI, onde desenvolvi algumas competências, no entanto, houve outras competências que foram adquiridas e desenvolvidas no decorrer dos estágios. Outro aspeto facilitador foi a disponibilidade dos meus orientadores (enfermeiros e professora), dos meus pares e restantes profissionais, que acolheram o meu projeto de estágio, contribuindo para que a realização das atividades previamente propostas fosse uma realidade.

Olhando para trás, considero que não houve constrangimentos à aplicação do meu projeto, apenas senti algumas dificuldades relacionadas com a exigência do curso e com a necessidade de conciliar horários com a vida pessoal e profissional, no entanto, o grande gosto pela área do cuidado à pessoa em situação crítica foi o estímulo suficiente para ultrapassar as dificuldades e conseguir concretizar os objetivos propostos.

Considero que consegui desenvolver competências de perita na área da avaliação da dor no doente crítico inconsciente e de competente e proficiente noutras áreas do cuidado à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa. Baseada no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, apresentado pela autora Benner, a Enf.^a Perita “(...) *tem uma enorme experiência, compreende, (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis(...)*” (Benner, 2001, p.58). A Enf.^a Competente “ (...) *apercebe-se dos seus actos em termos de objectos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente*” (...) “*não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas (...) sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos (...)*”. A Enf.^a Proficiente “*apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas.*” “ (...) *Aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão acontecer numa determinada situação*” (Benner, 2001, p. 54 e 55). Não me considero perita em todas as áreas do cuidado à pessoa em situação crítica e sua família/pessoa significativa, porque apesar do investimento e de alguma experiência, o nível de perita decorre de uma larga experiência e de um profundo investimento que comecei a desenvolver há pouco tempo.

A aferição da eficácia, pertinência e funcionalidade das mudanças implementados é de extrema importância, pelo que, proponho dar continuidade a este trabalho realizando no futuro avaliações das mudanças implementadas.

Outros projetos profissionais que tenho em mente são o envio de resumo com proposta de apresentação de comunicação no âmbito da avaliação da dor no doente crítico inconsciente num congresso internacional a acontecer em junho de 2012, e o envio de artigo de revisão da literatura sobre a mesma temática para uma revista de enfermagem nacional.

Termino, consciente de que com o caminho percorrido não cheguei ainda ao fim, continuando daqui para a frente um novo percurso em paralelo com os meus pares, com mais responsabilidades mas também com consciência do meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira, ambicionando atingir o nível de perita em todas as áreas do cuidado ao doente em situação crítica e sua família/pessoa significativa.

BIBLIOGRAFIA

- Aïssaoui, Y., Zeggwach, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (abril de 2005). *Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients*. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16244013&site=ehost-live>
- Benner, P. (2001). In *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (setembro de 2002). Caring for the silent patient. *American Journal of Critical Care*, volume 11, nº 5, pp. 479-480.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison-Wesley publishing.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom And Interventions In Critical Care: A Thinking-In-Action Approach*. Philadelphia: Saunders.
- Bruegge, M. V., & Forsyth, L. W. (2003). Intervenções Junto de pessoas com traumatismo, neoplasia e outros problemas cerebrais afins. In W. J. Phipps, J. K. Sabds, & J. F. Marek, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Práticas Clínicas* (6ª ed., pp. 1921-1974). Loures: Lusociência.
- Cade, C. (nov.-dez. de 2008). *Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults*. Obtido em 2 de maio de 2011, de CINAHL Plus With Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010076965&site=ehost-live>
- Carel, H. (2009). A reply to 'Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by Derek Sellmen: Vulnerability and illness. *Nursing Philosophy*, 10, pp. 214-219.
- Crofts, L. (2006). Learning from experience: Constructing critical case reviews for a leadership programme. *Intensive and Critical Care Nursing*, nº 22, pp. 294-300.
- DGS. (2003). *Circular normativa nº 09/DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- DGS. (2008). *Circular normativa nº11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- DGS. (fevereiro de 2008). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Obtido em 20 de fevereiro de 2012, de

http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

- Dinis, A. P. (2010). *Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica*. Coimbra.
- Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (março de 2008). Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva. *Sinais Vitais*, nº 77, pp. 24-28.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacte.
- Fragata, J., & Martins, L. (2008). *O Erro em Medicina - perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- GAD. (2012). *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa: SPCI.
- Gomes, I. D. (1999). Os Enfermeiros e a formação em serviço. *Servir*, 47 (4), pp. 178 - 181.
- Gonzalez, C. E., Carroll, D. L., Fitzgerald, P. A., & Vallent, H. J. (maio de 2004). Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal of critical care*, pp. 194-198.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. (abril de 2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, pp. 27-40.
- Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Henderson, V., & Nite, G. (1978). *Principles and Practice of Nursing*. Nova York: Macmillan Publishing CO., INC.
- IASP. (2011). *International Association for the Study of Pain*. Obtido em 21 de janeiro de 2012, de Taxonomy: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- Juarez, P., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Barb, G., Nellett, M., et al. (2010). *Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient*. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20940589&site=ehost-live>
- Lacerda, A. P. (2012). Decúbito ventral: Sim ou não? *6ªs Jornadas do Doente crítico*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (janeiro de 2008). A review of Objective Pain Measures for Use With Critical Care Adult Patients Unable to Self-Report. *The Journal of Pain*, 9 (1), pp. 2-10.

- McKinley, S., Nagy, S., Steun-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and critical care nursing*, 18, pp. 27-36.
- Ministério da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa, Portugal: DGS: Direcção de Serviços de Planeamento.
- Ministério da Saúde. (1 de outubro de 1993). Dec-Lei nº 348/93. Diário da República - I Série-A. Portugal.
- Odhner, M. W. (nov./dez de 2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimens Crit Care Nurs*, pp. 260-267.
- OE. (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. (Cadernos da ordem dos enfermeiros, série 1, nº1) Obtido em 1 de dezembro de 2010, de <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE. (29 de maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (*Regulamento nº 122/2011, Diário da República. 2ª Série, 18 de Fevereiro*).
- OE. (20 de nov. de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (*Regulamento nº 124/2011, diário da republica, 2ª Série, 18 de fevereiro*).
- OE. (4 de Setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE. *Decrteo-lei nº 161/96*.
- Oliveira, B. (2012). Curarização precoce: Sim... ou Não? *6ªs Jornadas do Doente Crítico*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- OMS. (julho de 2009). *A World Alliance for Safer Health Care*. Obtido em 15 de dezembro de 2011, de WHO Guidelines and Hand Hygiene in Health Care: a Summary: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf
- Paixão, H. M., & Monteiro, R. M. (novembro de 2009). Formação em serviço das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional. *Sinais Vitais*, nº 87, pp. 41-43.
- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, I., Doering, L., Berg, J., & Hennerman, E. (2006). Communication boards in critical care: patient's views. *Applied Nursing Research*, pp. 182-190.
- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., et al. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Contemporary reviews in critical care medicine* , pp. 1069-1074.
- Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (jan-mar de 2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciência Saúde* , 12(1), pp. 50-54.
- Rocha, A. (2012). Sistemas e Tecnologias de Informação na Saúde e Qualidade Assistencial. *6^{as} Jornadas do Doente Crítico*. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advanced Nursing* , 26, pp. 65-72.
- Rosário, E. M. (2009). Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. *Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde* . Lisboa: Universidade Aberta.
- Sakata, R. K. (nov.- dez. de 2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Anesthesiol* , 60, nº 6, pp. 648-658.
- Santos, E., & Fernandes, A. (março de 2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência* , nº11, pp. 59-62.
- Society of Critical Care Medicine. (2002). *American Society of Health-System Pharmacists*. Obtido em 2012 de janeiro de 25, de Clinical Practice Guidelines for the Sustained Use of Sedatives and Analgesics in the Critically Ill Adult: <http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/TGSedatives.aspx>
- SPCI. (2008). *Transporte de doentes críticos: recomendações*. Obtido em 13 de fevereiro de 2012, de http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2005). Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4^a ed.). Loures: Lusociência.
- Williams, R., Wessel, J., Gemus, M., & Foster-seargeant, E. (2002). Journal Writing to promote reflection by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy theory and practice* , 18, nº 1, pp. 5-15.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). *Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients*. Obtido em 2 de Maio de 2011, de MEDLINE with Full Text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16198570&site=ehost-live>.

ANEXOS

ANEXO I
Trabalho de Campo

A realização dos três turnos (25 horas) de observação no meu contexto de trabalho assim como as 50 horas de idas a campo foram um excelente contributo para o desenvolvimento do projeto de estágio.

Nos três turnos de observação que efetuei no meu local de trabalho fui saber qual a percepção dos meus colegas relativamente à avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Efetuei algumas conversas informais no sentido de perceber como valorizavam a dor e como a consideravam na prática e nos registos. Verifiquei que valorizavam a dor mas havia uma tendência para não considerarem o registo da mesma. Foi possível verificar alguns registos de intervenções não farmacológicas de combate à dor que pressupõe a sua avaliação, embora não estivesse explícita.

Relativamente ao nível de sedação-agitação não se utiliza nenhuma escala de avaliação, é frequente os doentes apresentarem níveis de sedação profundos e ausência de esquemas de analgesia. Nas conversas informais com os meus colegas tive oportunidade de transmitir alguns dos resultados da evidência científica que consultei, onde é referido que o ideal é otimizar os níveis de sedação e analgesia de forma a diminuir os efeitos secundários provocados pela sedação em excesso, promovendo um desmame ventilatório precoce, onde o doente esteja confortável e sem dor, melhorando assim os cuidados prestados e diminuindo o tempo e custo dos internamentos. Os meus colegas identificaram algumas lacunas nesta área específica, justificando-se aqui algum investimento em formação.

As 50 horas de idas a campo foram distribuídas por três locais de acordo com os meus interesses de aprendizagem:

Nas 40 horas que destinei para participar no Projeto “A Dor como 5º Sinal Vital” coordenado pela Direção de Enfermagem da instituição onde exerço funções, tive oportunidade de conhecer a justificação, objetivo e fases de desenvolvimento do projeto. Realizei uma folha de colheita de dados para aplicar nos quinze locais a visitar e sob a orientação da Enfermeira Gestora do Projeto que é perita na área da dor, realizei o diagnóstico inicial da situação a nível das Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), Salas de Observação de serviços de cirurgia e Serviço de Urgência Central da instituição, percebendo que à semelhança do meu local de trabalho há uma tendência para não considerarem o registo da dor de forma consciente e sistematizada no doente crítico inconsciente.

Nas visitas aos serviços realizámos conversas formais com os Enfermeiros Chefes ou elementos de coordenação, verificando que são apenas três os serviços que têm a prática

de avaliação da dor no doente crítico inconsciente: A UCI A, onde nos foi informado pelo Enfermeiro Chefe que aplicam a Behavioral Pain Scale (BPS) de forma regular pelo menos de 4/4 horas, aquando da avaliação dos sinais vitais. Nesta UCI para avaliarem o nível de sedação-agitação utilizam a escala de sedação Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), mas sem ligação à escala da dor ou a qualquer protocolo de sedoanalgesia; A UCI C utiliza a escala VI/CO/MO/RE, mas foram pobres no fornecimento de informações relativas ao projeto que deu origem à aplicação da mesma escala, assim como das referências teóricas utilizadas; A UCI H utiliza a escala do observador para avaliar a dor no doente inconsciente.

Também tivemos conhecimento que a UCI F tem um projeto no âmbito desta temática, mas ainda estão na fase de pesquisa e escolha de escalas de avaliação da dor. Todos os outros serviços não utilizam nenhuma escala para avaliar a dor no doente crítico inconsciente e reconhecem as suas limitações, assim como as suas necessidades de formação, demonstrando recetividade ao projeto da instituição.

Nas 5 horas que destinei para ir a uma UCI de outro Centro Hospitalar da região de Lisboa, tive oportunidade de realizar uma conversa formal com uma Enfermeira da unidade que era o elo de ligação ao projeto da dor dessa instituição e também elo de ligação ao projeto nacional coordenado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos que nos falou da sua experiência como dinamizadora do projeto no serviço. Segundo a Enfermeira o projeto surgiu inserido num projeto da instituição e também por uma necessidade sentida na prática, reconhecendo a importância da avaliação da dor para a melhoria dos cuidados prestados. Nesta UCI aplicam a BPS de forma regular e sistemática desde junho de 2010 e referem ter realizado várias formações no serviço no sentido de sensibilizar os enfermeiros para esta prática. Não revelam constrangimentos na aplicação da escala, considerando-a de fácil aplicação. À semelhança da UCI A neste serviço utilizam a RASS para avaliar o nível de sedação-agitação, mas sem ligação à escala da dor ou a qualquer protocolo de sedoanalgesia.

Nas 5 horas que destinei para ir a uma UCI de um Centro Hospitalar da região de Coimbra, tive oportunidade de realizar uma conversa formal com a Enfermeira que pertence ao grupo dinamizador do projeto da dor na unidade e com a Enfermeira Coordenadora da unidade. Foi explicado que o projeto da dor nesta UCI teve início em 2004/2005 por interesse da Enfermeira responsável do projeto e de um médico da unidade. Não havia a prática de avaliar a dor nos doentes inconscientes, os doentes estavam muito sedados e as prescrições de analgésicos não eram adaptadas às

especificidades dos doentes. Fizeram o diagnóstico da situação a nível nacional verificando que não existia nenhuma escala para avaliar a dor no doente crítico inconsciente. Pesquisaram e escolheram a BPS para utilizar no serviço. Fizeram tradução e retro-tradução e alguns ajustes linguísticos. Têm autorização do autor da escala, para a poderem utilizar. Constituíram uma equipa para o projeto, que em 2006 começou com formação e de seguida iniciaram a avaliação da dor com a BPS e a avaliação da sedação – agitação com a RASS em simultâneo com a implementação dos protocolos de sedoanalgesia. Escolheram uma escala comportamental, sem parâmetros fisiológicos, porque após discussão em grupo consideraram que os parâmetros fisiológicos podem dificultar a avaliação da dor.

Aplicam a BPS de forma regular e sistemática desde 2008, aquando da avaliação dos restantes sinais vitais, em momentos que o doente está em repouso, três vezes turno ou após alteração da terapêutica segundo o protocolo de sedo-analgesia.

Reconhecem que não foi um processo fácil, mas a equipa colaborou muito e consideram que o projeto foi bem-vindo e necessário. Não têm estudos anteriores ao projeto, relativamente a tempos de internamento e tempos de sedação, mas a perceção é que antes permaneciam mais tempo sedados e que não tinham analgesia instituída.

Referem como constrangimentos na aplicação das escalas da dor, doentes curarizados, doentes do foro neurocirúrgico críticos, doentes com traumatismo crânio encefálico grave ou doentes que por indicação médica não podem entrar nos protocolos.

Embora não tenham estudos, têm a perceção que a instituição da avaliação da dor e da sedação-agitação, assim como a implementação dos protocolos de sedoanalgesia, diminuiu o tempo de ventilação, havendo um desmame mais precoce, onde os doentes estão menos tempo internados e sujeitos a um menor risco de intercorrências, como por exemplo as extubações acidentais devido a agitação. Por outro lado têm a perceção que com a implementação deste projeto o enfermeiro está mais próximo do doente, aumentando a comunicação e relação com o mesmo, melhorando os cuidados prestados.

Das idas a campo concluiu que o sucesso do projeto da UCI do Centro Hospitalar da região de Coimbra pode ser uma referência a nível nacional na avaliação e controlo da dor no doente crítico inconsciente, onde há a perceção que os cuidados prestados melhoraram significativamente.

ANEXO II

Estudo de Caso I

ESTUDO DE CASO

TELMA MARGARIDA COELHO LOPES, Nº 3842

LISBOA

Outubro de 2011

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO

TELMA MARGARIDA COELHO LOPES, Nº 3842

LISBOA

Outubro de 2011

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AE – Alimentação Entérica
ALT – Alamina AminoTransferase
AST – Aspartato AminoTransferase
bpm – batimentos por minuto
BPS – Behavioral Pain Scale
cc – centímetro cúbico
cc/h – centímetro cúbico por hora
CE – Crânio Encefálica
CK – Creatininaquinase
CPOT – Critical-Care Pain Observation Tool
ECG – Electrocardiograma
Fc – Frequência cardíaca
FiO₂ – Fracção inspirada de oxigénio
Fr – Frequência respiratória
GCS – Glasgow Coma Scale
gr – grama
h – hora
Kcal/Kg – quilocaloria por quilograma
Kg – quilograma
mg – miligrama
mg/dl – miligrama por decilitro
mg/h – miligrama por hora
mg/Kg/h – miligrama por quilograma por hora
ml – mililitro
ml/h – mililitro por hora
mmHg – milímetro de mercúrio
°C – grau Celsius
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAM – Pressão Arterial Média
PEEP – Pressão Final Expiratória Positiva
PIC – Pressão IntraCrâniana

PRVC – Volume Controlado Regulado por Pressão

PVC – Pressão Venosa Central

SatO2 – Saturação de Oxigênio

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

U/l – unidade por litro

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMK – VentiMask

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
ÍNDICE DE QUADROS	5
INTRODUÇÃO	6
1.EXPOSIÇÃO DO CASO	7
2.FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS	9
3.ANÁLISE DO CASO SEGUNDO O QUADRO CONCEPTUAL DE BENNER	17
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
BIBLIOGRAFIA	20

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Avaliação laboratorial à chegada à UCI</i>	8
Quadro 2 - <i>Avaliação da dor com a BPS no doente em repouso</i>	9
Quadro 3 - <i>Avaliação da dor com a BPS durante procedimentos dolorosos</i>	10
Quadro 4 - <i>Avaliação da dor com a BPS no doente extubado em repouso</i>	14
Quadro 5 - <i>Evolução dos parâmetros laboratoriais</i>	16

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar o seguinte Estudo de Caso, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que está a decorrer numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar da Região de Lisboa.

O estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social, que pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização (Fortin, Fundamentos e etapas do processo de investigação, 2009). Neste estudo de caso tenho como objetivo utilizar o quadro conceptual de Benner para examinar de forma detalhada um indivíduo internado ao qual tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem. O intuito deste trabalho é fundamentar os cuidados prestados e assim desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação da dor no doente crítico inconsciente e consequentemente desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

Este estudo de caso será constituído pela exposição do caso clínico com a respetiva colheita de dados; pela fundamentação teórica dos cuidados prestados; pela análise do caso segundo o quadro conceptual de Benner e pelas considerações finais que incluem a reflexão e discussão do caso clínico apresentado.

1.EXPOSIÇÃO DO CASO

O T.M.F.C. de 21 anos de idade foi admitido às 20 horas do dia 3 de outubro de 2011 em contexto de politraumatismo com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Foi vítima de acidente em veículo de duas rodas no dia 1 de outubro de 2011, num despiste com colisão frontal numa parede, não estando a utilizar capacete.

O Jovem T. C. é natural da Freguesia de Olalhas (Concelho de Tomar). Raça caucasiana. Solteiro a residir com os pais (filho único). Tem o 9º ano de escolaridade e trabalha como militar no Quartel de Santa Margarida. Sem antecedentes pessoais relevantes.

Assistência no local do acidente:

A equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) descreve que o T. C. foi encontrado com *Glasgow Coma Scale* (GCS) de 8, sem abertura dos olhos, resposta verbal com sons incompreensíveis e com resposta motora localizada à dor nos quatro membros (O1,V2,M5), com evidente trauma facial e hemorragia da via aérea alta. Nesse contexto realizada entubação orotraqueal no local do acidente. Por bradicardia sinusal, com frequências cardíacas de 46 bpm, foi-lhe administrada uma fórmula de atropina no local. Após estabilização hemodinâmica foi transferido para uma Unidade Hospitalar do Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Avaliação inicial:

Tórax, abdómen e membros sem achados relevantes para além de múltiplas lesões cutâneas abrasivas. Fez Tomografia Axial Computorizada (TAC) Crânio Encefálica (CE) que revelou múltiplos traços de fratura do maciço facial e edema contusional, mais fina lâmina de hemorragia subdural. Fez TAC da coluna cervical que revelou fratura da apófise espinhosa de D1.

Realizada antibioterapia empírica com piperacilina/tazobactam.

Foram suturadas as feridas faciais.

Transferido para esta UCI para avaliação diferenciada do Traumatismo Crânio Encefálico (TCE).

Avaliação secundária:

Fez reavaliação com TAC CE/face e TAC coluna cervico-dorso-lombar.

TCE grave, avaliado por Neurocirurgia, sem indicação cirúrgica ou de monitorização de Pressão IntraCrâniana (PIC). Dada indicação para suspender sedação para avaliação do estado neurológico, considerando-se não haver necessidade de medidas de neuroprotecção. No entanto, por necessidade de realização de pensos foi mantida a sedoanalgesia com propofol e morfina. TAC CE às 24h não mostrou lesões de novo.

Trauma vertebral, avaliado por Ortopedia, fraturas sem compromisso neurológico, considerando-se não ter indicação cirúrgica.

Trauma ocular, avaliado por Oftalmologia, com indicação para encerramento palpebral até reavaliação.

Trauma facial, avaliado por Cirurgia Plástica, considerando-se não ter indicação cirúrgica (referência a reavaliação no dia seguinte e posterior seguimento em consulta).

O quadro seguinte representa a avaliação laboratorial à chegada à UCI, sendo evidente rbdomiolise, sem atingimento de função renal e elevação dos parâmetros inflamatórios.

Quadro 1 - Avaliação laboratorial à chegada à UCI

Bioquímica	Valores de referência	3/10/2011
Ureia	10 - 50 mg/dl	21
Creatinina	0.7 - 1.3 mg/dl	0.7
ALT	10 – 49 U/l	40
AST	<34 U/l	139 ↑
Bilirrubina total	<1.0 mg/dl	0.7
Fósforo	2.4 – 5.1 mg/dl	2.1 ↓
CK	32 – 294 U/l	3188 ↑
Proteína C Reactiva	< 0.5 mg/dl	23.3 ↑

2.FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS

Na manhã de 4 de Outubro de 2011 fui responsável pela prestação de cuidados ao Jovem T. C. sob a orientação do Enfermeiro tutor. Fiquei satisfeita por me ter sido atribuído este doente, perspetivando no cuidado ao mesmo uma excelente oportunidade de desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da avaliação da dor no doente crítico inconsciente.

Após receber as ocorrências dos turnos anteriores fui junto do doente onde fiz a minha avaliação inicial:

Apresentava GCS de 5 sem abertura dos olhos (relacionada com hematoma palpebral bilateral), sem resposta verbal e com flexão anormal dos membros a estímulos dolorosos (O1,V1,M3). Sedoanalgesiado com propofol 2% (0.7mg/Kg/h) e morfina (3mg/h). Sem dor em repouso. O quadro seguinte representa a avaliação da dor no momento da avaliação inicial, utilizando a *Behavioral Pain Scale* (BPS):

Quadro 2 - Avaliação da dor com a BPS no doente em repouso

BPS	04/11/11
	9:00h
Expressão facial	0
Relaxado	1
Ligeiramente contraído	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
Membros superiores	0
Sem movimentos	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados	3
Totalmente contraídos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado com tosse esporádica	2
Desadaptado/ bloqueio ventilatório frequente	3
Total	3

Existem várias escalas para avaliação da dor no doente crítico inconsciente, no entanto, a BPS e a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) são aquelas que demonstram maior evidência científica de validade e confiabilidade (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008). Segundo Ferreira, et al. (2008) a BPS é a que melhor se coaduna com a realidade nacional, tornando-se mais acessível, prática e específica a quantificar a dor. Esta escala contempla três indicadores de avaliação comportamentais: a expressão facial,

o comportamento dos membros e a adaptação ventilatória, cada indicador tem quatro parâmetros e respectivas pontuações (entre 1 e 4), sendo que a pontuação máxima da escala é 12 (dor máxima) e a pontuação mínima é 3 (sem dor).

O T. C. estava entubado orotraquealmente e conectado a prótese ventilatória mecânica em modo Volume Controlado Regulado por Pressão (PRVC), com FiO₂ de 40%, PEEP 6 e Fr 20, bem adaptado com saturações periféricas superiores a 97%. Hemodinamicamente estável, Electrocardiograma (ECG) de base sinusal, normocárdico (Fc 50-80 bpm), normotenso (PAM 80-90 mmHg). Linha Arterial permeável com curva compatível. Tinha três acessos venosos periféricos no membro superior direito, um com sedoanalgesia em perfusão e os outros dois com soro fisiológico. Sub-febril (37.9°C de temperatura timpânica). Sonda orogástrica permeável com alimentação entérica a 30 cc/h. Sonda vesical permeável com drenagem de urina alaranjada mantendo diureses superiores a 100 ml/h.

Após os cuidados de higiene houve necessidade de refazer os pensos das múltiplas lesões abrasivas dos membros e região dorso-lombar à esquerda. No início do procedimento o doente apresentava pontuação de dor 6 (BPS 2.3.1), como se pode observar no seguinte quadro:

Quadro 3 - Avaliação da dor com a BPS durante procedimentos dolorosos

BPS	04/11/11
	11:00h
Expressão facial	0
Relaxado	1
Ligeiramente contraído	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
Membros superiores	0
Sem movimentos	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados	3
Totalmente contraídos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado com tosse esporádica	2
Desadaptado/ bloqueio ventilatório frequente	3
Total	6

Segundo Payen, et al. (2001), pontuações de dor \geq a 4 na BPS implica ajuste terapêutico com aumento analgésico. Foi discutido com o Enfermeiro orientador a possibilidade de administração de bolus de analgesia, ponderando-se os benefícios e

prejuízos da mesma intervenção. Fiz referência ao protocolo de analgesia de uma UCI de um Centro Hospitalar da Região de Coimbra, que tive oportunidade de conhecer na fase de preparação do meu projeto de estágio e que preconiza a administração de 1 cc do analgésico em bolus, seguido do incremento de 1 cc/h da perfusão em situações de aumento da pontuação de dor ≥ 3 do valor avaliado inicialmente. Sendo que o objetivo deste protocolo é manter parâmetros de dor, na BPS ≤ 4 , indo ao encontro da referência anterior de Payen e seus colaboradores.

Associado à administração de analgesia, foram realizadas outras intervenções não farmacológicas no controlo da dor, como por exemplo a explicação ao doente da necessidade de realização dos pensos, tempo de duração previsto para o procedimento e garantia de alívio da dor no final do procedimento. As estratégias não farmacológicas/intervenções autónomas de enfermagem no controlo da dor segundo Rigotti & Ferreira (2005) englobam a criação de um ambiente calmo, as mudanças de posição, o apoio emocional ao doente e família e o estabelecimento de uma boa comunicação com o doente. A comunicação com o doente ventilado impossibilitado de comunicar verbalmente segundo Rosário (2009) é de extrema importância, sugerindo que os profissionais de saúde desenvolvam competências comunicacionais eficazes com os mesmos. A associação destas intervenções foi eficaz no controlo da dor.

Às 12h suspendeu sedoanalgesia para avaliação do estado neurológico, não se verificando alterações do estado de consciência até ao final do turno. A interrupção diária da sedação é uma técnica utilizada em algumas UCI, segundo Sakata, (2010) o objectivo é evitar a sedação excessiva, avaliando diariamente a necessidade de sedação. Quando o doente acorda é reiniciada a perfusão na dose prévia ou em metade da dose. O desmame precoce da sedação contribui para a diminuição do tempo de ventilação mecânica e conseqüentemente do tempo de internamento. A interrupção diária da sedação não deve ser utilizada em doentes curarizados, doentes com isquemia do miocárdio há cerca de 24h, doentes com aumento da PIC, doentes que estão sedados para controlo da agitação ou para controlo de convulsões relacionadas com consumo de drogas ou álcool (Sakata, 2010). Passou a esquema de analgesia com paracetamol 1 gr de 8/8h alternado com metamizol 2 gr de 8/8h. O uso de analgesia antes de sedação é uma técnica utilizada em algumas UCI, segundo Sakata, (2010), a analgesia pode reduzir a necessidade de sedação e conseqüentemente o tempo em ventilação mecânica, uma vez que os doentes que recebem analgesia primeiro obtêm conforto, reduzindo a necessidade de sedação. A opção por analgesia em perfusão contínua ou em esquema

deve ser ponderada pelo clínico. Para Sakata (2010), a administração em esquema provoca variações das concentrações plasmáticas em picos e vales, analgesia excessiva ou em déficit e aumento do risco de complicações. Por outro lado a perfusão contínua é mais estável mas pode provocar acumulação de analgesia e assim retardar o desmame ventilatório (Sakata, 2010).

Houve necessidade de realizar múltiplas aspirações da mucosa oral devido a sialorreia com cheiro fétido que o doente não conseguia deglutir. A nível traqueobrônquico foi necessário aspirar duas vezes no turno por presença de secreções purulentas e espessas em moderada quantidade. Foi discutido com o Enfermeiro orientador as recomendações para aspiração de secreções endotraqueais no doente ventilado. Segundo as *guidelines* de 2010, a aspiração de secreções deve ser efetuada quando necessário e não por rotina; o uso de soro fisiológico por rotina não se recomenda; a aspiração deve ser superficial e não profunda; a pré-oxigenação só é recomendada nos doentes que dessaturam com a aspiração; doentes com FiO_2 e PEEP elevado a aspiração deve ser com circuito fechado; a aspiração deve ter menos de 15 segundos (AARC Clinical Practice Guidelines, 2010).

Foi avaliado o resíduo gástrico, por não apresentar estase. Estando normoglicémico foi possível o incremento da Alimentação Entérica (AE) para 40 cc/h. Segundo as *guidelines* de nutrição entérica em cuidados intensivos de 2006: a AE é a primeira opção no suporte nutricional do doente em estado crítico, como forma de neutralizar o estado catabólico induzido pela situação crítica, especialmente nos doentes com resposta inflamatória grave e que sofrem de insuficiência de pelo menos um órgão; mantém a imunocompetência e integridade do aparelho digestivo; mantém a função pancreática e da vesícula biliar; reduz a colonização bacteriana; promove a profilaxia de infeção e sépsis; deve ser instituída nas primeiras 24h usando a fórmula proteica standard; o aporte energético deve ser entre 20-25Kcal/Kg de peso corporal na fase aguda e 25-30 Kcal/Kg de peso corporal/dia na fase de recuperação; é mais económica e fisiológica que a alimentação parentérica (Kreymann, et al., 2006). A AE deve ser instituída de forma gradual e progressiva até atingir o *gold standard*, avaliando a tolerância do doente à mesma e de acordo com os protocolos instituídos (Kreymann, et al., 2006). Foi informada que nesta UCI não há nenhum protocolo de atuação, há sim o apoio de um nutricionista que avalia as necessidades metabólicas do doente e recomenda a dose de AE a instituir. As *guidelines* de 2006 supra citadas foram cumpridas no cuidado ao doente.

Neste turno o T. C. recebeu a visita da namorada e da mãe. Foi possível acompanhá-las na compreensão e integração das alterações ocorridas, perceber os seus medos e dúvidas e dar-lhes suporte emocional. Aproveitei ainda para recolher algumas informações relativas à identidade do T. C., soube que é um jovem dinâmico e que gosta de aventura. É militar no Quartel de Santa Margarida e nos tempos livres gosta de andar de mota. O acidente ocorreu num desses passeios de mota que ele com frequência realizava, o facto de ir sem capacete é algo que a namorada não compreende uma vez que ele utilizava sempre os dispositivos de segurança. A mãe acrescentou que o T.C. sempre foi muito saudável, nunca esteve internado e raramente estava doente. Como militar treinava muito, sendo um jovem corajoso e resistente. A família e/ou pessoas significativas devem ser encarada como parceiros nos cuidados ao doente e como unidade a cuidar. Cuidar da família pressupõe comunicar com ela e identificar as suas necessidades. Gonzalez, et al. (2004) referem a importância das visitas em ambiente de cuidados intensivos, os benefícios e os prejuízos das mesmas e a importância dos enfermeiros identificarem as necessidades dos doentes e familiares. Jamerson, et al. (1996) transmitem o impacto do internamento do ente querido na sua família. Segundo McKinley, et al. (2002), a vulnerabilidade do enfermeiro, doente e família é maior quanto maior for a necessidade de cuidados. Pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos são mais vulneráveis assim como a sua família. Rogers (1997), acrescenta que quem tem suporte familiar tem menos vulnerabilidade do que quem não tem. Carel (2009) refere que a exposição constante e prolongada dos enfermeiros a situações críticas de stress também os torna mais vulneráveis. A vulnerabilidade da tríade enfermeiro, doente e família que não for reconhecida como tal pode ter custos elevados no processo de cuidar.

Na tarde de 5 de Outubro de 2011 fiquei novamente responsável pela prestação de cuidados ao T. C. sob a orientação do Enfermeiro tutor, de forma a dar continuidade a este estudo.

Na abordagem inicial o doente apresentava melhoria do estado de consciência, com GCS 8, sem abertura dos olhos (relacionada com hematoma palpebral bilateral), sem resposta verbal, cumprindo ordens simples por períodos (O1,V1,M6), sem sedação há cerca de 24h. Em ventilação espontânea com *VentiMask* (VMK) de 40% (tinha sido extubado na manhã), eupneico e com saturações periféricas superiores a 97%.

Nas ocorrências foram relatados períodos de agitação motora com necessidade de administração de haloperidol. Discuti com o Enfermeiro Orientador a possibilidade destes períodos de agitação serem delírios. Segundo Pessoa & Nácul, (2006) o delírio é um

distúrbio da consciência, cognição e percepção muito frequente nos doentes críticos, mas pouco reconhecido em ambiente de cuidados intensivos. Segundo o mesmo autor os fatores de risco do delírio incluem as doenças sistêmicas agudas, idade avançada, distúrbios cognitivos pré-existentes, privação do sono e uso de certa medicação, como por exemplo benzodiazepinas e outros fármacos com atividade anticolinérgica. Embora existam ferramentas para avaliação do delírio ainda são pouco utilizadas. O haloperidol é o fármaco de eleição no controle do delírio (Pessoa & Nácul, 2006). Efetivamente a agitação do doente foi controlada com a administração de haloperidol o que confirma a hipótese de ser delírio a causa da sua agitação.

Relativamente à analgesia o T.C. mantinha esquema com paracetamol e metamizol, sem queixas álgicas em repouso (BPS 1.1.0), como se pode observar no seguinte quadro:

Quadro 4 - Avaliação da dor com a BPS no doente extubado em repouso

BPS	04/11/11
	11:00h
Expressão facial	0
Relaxado	1
Ligeiramente contraído	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
Membros superiores	0
Sem movimentos	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados	3
Totalmente contraídos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado com tosse esporádica	2
Desadaptado/ bloqueio ventilatório frequente	3
Total	2

Segundo Payen, et al. (2001), doentes inconscientes em ventilação espontânea deve ser anulado o parâmetro da adaptação ventilatória na BPS. Passando a pontuação máxima da escala a ser 8 (dor máxima) e a pontuação mínima a ser 2 (sem dor). Pontuações de dor \geq a 3 implicam ajuste terapêutico com aumento da analgesia.

Por necessidade de realização dos múltiplos pensos das lesões abrasivas e tendo conhecimento que é um procedimento doloroso para o doente, foi antecipada a administração de analgesia prescrita em esquema com a finalidade de promover o bem-estar do doente. “Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado” e “têm a responsabilidade de

se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças que facilitem a melhoria das práticas de controlo da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 13).

Por aumento dos parâmetros inflamatórios, estado sub-febril, presença de exsudado purulento em algumas das múltiplas lesões abrasivas e hemossinus. Foram realizadas 2 hemoculturas anaeróbias, 1 urocultura e colheita de secreções para bacteriologia, iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina + ác.clavulánico. Ficou em arrefecimento periférico. O exame radiológico ao tórax não tem alterações.

As intervenções supra citadas vão ao encontro das *guidelines* internacionais para o tratamento da sepsis grave e do choque séptico, nomeadamente no que diz respeito à realização de culturas antes de iniciar antibioterapia, realização de exames radiológicos para despiste de focos infecciosos e administração de antibioterapia de largo espectro quando diagnosticado choque séptico (International Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee, 2008).

Outras intervenções apoiadas pelas *guidelines* internacionais para otimização diagnóstica e terapêutica são a monitorização frequente de: SatO₂ > 90%; PAM > 65 mmHg, débito urinário ≥ 0,5 ml/Kg/h; Lactacidémia < 18 mg/dl; PVC 8-12 mmHg (12-15 se doente ventilado) e glicémia < 150 mg/dl.

Na avaliação laboratorial é possível verificar a redução da rabdomiólise, sem repercussão renal, aumento dos parâmetros inflamatórios e hipofosfatemia ligeira (ver quadro 5).

Quadro 5 - *Evolução dos parâmetros laboratoriais*

Bioquímica	Valores de referência	3/10/2011	4/10/2011	5/10/2011
Ureia	10 - 50 mg/dl	21	25	13
Creatinina	0.7 - 1.3 mg/dl	0.7	0.7	0.5 ↓
ALT	10 - 49 U/l	40	39	38
AST	<34 U/l	139 ↑	115 ↑	81 ↑
Bilirrubina total	<1.0 mg/dl	0.7		0.5
LDH	208 - 378 U/l			380 ↑
Fósforo	2.4 - 5.1 mg/dl	2.1 ↓	2.7	2.1 ↓
CK	32 - 294 U/l	3188 ↑	2417 ↑	1301 ↑
Proteína C Reactiva	< 0.5 mg/dl	23.3 ↑	24.4 ↑	24.4 ↑

A rabdomiólise decorre da lise das células musculo-esqueléticas, com libertação de substâncias intracelulares para a circulação. Tem etiologia multifatorial, pode ocorrer na sequência de um grande traumatismo. O diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais para evitar complicações renais. O diagnóstico é laboratorial e assenta na determinação da creatinoquinase (CK) e da presença de mioglobínúria. O tratamento

consiste na hidratação precoce e vigorosa associada ou não a uma diurese alcalina forçada (Rosa, et al. 2005). Efetivamente o T. C. esteve sob esquema de hidratação com soro fisiológico e diuréticos. Também foi realizada reposição de fósforo. O fosfato é importante para o metabolismo da célula. A hipofosfatemia pode ser causada por alterações celulares, perda renal, perda gastrointestinal ou ingestão alimentar reduzida. A depleção de fósforo afeta principalmente o sistema neuromuscular e nervoso central. As manifestações clínicas incluem fraqueza muscular, insuficiência respiratória, rabdomiólise, parestesias, letargia, desorientação, obnubilação, coma e convulsões (Society of Critical Care Medicine, 2008).

3. ANÁLISE DO CASO SEGUNDO O QUADRO CONCEPTUAL DE BENNER

A enfermagem é descrita por Benner como uma relação de cuidar, condição que possibilita a ligação e preocupação entre as pessoas. O cuidar é essencial porque estabelece a possibilidade de dar e receber ajuda, sendo a prática de cuidados de enfermagem conduzida pela arte e ética moral do cuidar e da responsabilidade (Benner e Wrubel, 1989). Na prestação de cuidados ao T. C. procurei estabelecer uma relação única, singular e situada no contexto, tendo presente que o T.C. se encontrava em estado crítico, sedado e ventilado, com alterações do estado de consciência que o impossibilitavam de comunicar verbalmente as suas necessidades básicas e o seu desconforto e/ou dor.

Segundo Benner (2002), os enfermeiros desenvolvem estratégias para preservar e conhecer a identidade do doente crítico através do comportamento expresso por este (*embodied responses*), como por exemplo na resposta ao toque e aos posicionamentos. Também a família e amigos significativos fornecem informação importante aos enfermeiros acerca da pessoa, de modo a preservar a sua identidade. No acompanhamento da namorada e da mãe do T.C. à visita do mesmo, procurei conhecer quem era aquela pessoa que estava a ser alvo dos meus cuidados, qual o seu passado, presente e futuro, qual o possível significado que atribui à situação vivida.

Benner definiu sete domínios dos cuidados de enfermagem com base na similaridade da função e da intenção, e de onde emergiram trinta e uma competências dos enfermeiros. Um dos domínios definidos foi a *função de ajuda*, onde estabeleceu como intervenções face ao doente com dor: “*Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza; Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir* (Benner, 2001, p. 74-99). A minha intenção na prestação de cuidados ao T.C. foi ajudá-lo no controlo da dor, para isso escolhi a BPS para a avaliar e utilizei estratégias farmacológicas e não farmacológicas para minimizar o impacto dos procedimentos dolorosos que foi necessário infligir. As observações dos indicadores comportamentais da BPS constituíram-se como um desafio, onde mobilizei as minhas competências de interpretação da pessoa e daquela situação específica.

Os enfermeiros tendem a associar os níveis de dor com determinados procedimentos e condições do doente. Essa avaliação é feita, tendo em consideração as experiências anteriores com outros doentes (Benner, Kyriakidis e Stannard, 1999). A minha experiência pessoal diz-me que uma pessoa vítima de acidente do qual resultam múltiplas lesões abrasivas tem dor intensa. O meu irmão teve recentemente um acidente de bicicleta do qual resultaram múltiplas lesões abrasivas, recordo-me que quando fiz a desinfeção das ditas lesões o meu irmão referiu dor intensa. Esta experiência veio-me à memória no início da prestação de cuidados ao T. C. e despertou em mim a preocupação de antecipar o esquema analgésico para aliviar o seu sofrimento. Segundo Benner a dor constitui-se como uma preocupação, quer para o doente como para o enfermeiro que ao se tornar um membro participante na prática de enfermagem assume “*uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de cuidar*” (Benner, 2001). As práticas do cuidar são assim baseadas no encontro e nas respostas a um *outro* concreto que é o doente.

Benner (2001) refere que aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer uma abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo. Manter a vigilância, nos vários momentos, sobre as várias pistas, e tornar efetiva a sua deteção e a ligação com outros sinais, pode revelar e alargar as competências de empenhamento e a eficácia clínica. Acrescenta que o bom julgamento clínico requer que o enfermeiro tenha uma visão centrada no doente enquanto pessoa, em primeiro lugar, e em segundo lugar enquanto uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades. Compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela conhecimento e a competência que o cuidado excelente requer (Benner, 2001). Estas práticas, de diagnóstico, monitorização, intervenção terapêutica, entre outras, são relacionais e contextualizadas.

Benner refere que o conhecimento clínico de um enfermeiro é relevante ao ponto de a sua manifestação nas competências de enfermagem fazerem a diferença no cuidar e na evolução de uma doença, conseqüentemente, nos resultados do tratamento (Benner, 2001). O conhecimento e significado do ser são premissas para a capacidade de cuidar, porque as coisas têm significado e fazem-nos estar envolvidos e definidos pelas nossas preocupações (Benner e Wrubel, 1989).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As UCIs são diferenciadas pela sofisticada intervenção terapêutica/tecnológica, pelos recursos humanos especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes. Nesta UCI é frequente encontrar doentes em situação crítica que experienciam dor, associada não só à doença mas também a todo um conjunto de procedimentos clínicos. Assim, tendo em conta este contexto, foi relativamente fácil escolher a situação de cuidados a estudar.

Os dois dias de prestação de cuidados ao T. C. sob a orientação do Enfermeiro tutor foram uma excelente oportunidade de desenvolvimento de competências na avaliação da dor no doente crítico inconsciente e consequentemente no desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

A avaliação e controlo da dor foram uma prioridade na minha atuação, utilizei a BPS na avaliação da dor por ser o instrumento de avaliação adequado à situação clínica do T. C. Após identificar a necessidade de controlo da dor associei intervenções farmacológicas e não farmacológicas, justificando as mesmas com a evidência científica disponível. O efeito das medidas implementadas traduziu-se pelo alívio da dor nos momentos em que o doente era sujeito a procedimentos dolorosos.

Considero que um dos pontos fortes do meu estudo de caso foi o acompanhamento da namorada e da mãe no momento da visita, a relação que foi possível estabelecer contribuiu para minimizar o impacto do internamento do ente querido e por outro lado permitiu a recolha de informações que ajudaram a conhecer a identidade do T. C. melhorando assim a relação de cuidar.

Concluo que consegui mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica. Fui capaz de planejar, executar e avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades identificadas.

A realização deste estudo de caso, onde descrevo e reflito sobre algumas das atividades desenvolvidas em estágio, foi muito benéfica no meu processo de aquisição de competências especializadas e vai contribuir de forma significativa para a elaboração do relatório de estágio.

BIBLIOGRAFIA

- AARC Clinical Practice Guidelines. (Junho de 2010). Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways 2010. *Respiratory Care* , 55, nº 6, pp. 758-764.
- Benner, P. (2001). In *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P. (setembro de 2002). Caring for the silent patient. *American Journal of Critical Care* , volume 11, nº 5, pp. 479-480.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison-Wesley publishing.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (1999). *Clinical Wisdom And Interventions In Critical Care: A Thinking-In-Action Approach*. Philadelphia: Saunders.
- Carel, H. (2009). A reply to 'Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability' by Derek Sellmen: Vulnerability and illness. *Nursing Philosophy* , 10, pp. 214-219.
- Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (março de 2008). Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva. *Sinais Vitais* , nº 77, pp. 24-28.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gonzalez, C. E., Carroll, D. L., Fitzgerald, P. A., & Vallent, H. J. (maio de 2004). Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal of critical care* , pp. 194-198.
- International Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee. (2008). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe and septic shock. *Crit Care Med* , pp. 1-33.
- Jamerson, P. A., Scheibmeir, M. J., Crighton, F., Hinton, R. H., & Cobb, A. K. (nov./dez. de 1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart&Lung* , pp. 467-474.

- Kreymann, K. G., Berger, M. M., Deutz, N. E., Hiesmayr, M., Jolliet, P., Kazandjiev, G., et al. (janeiro de 2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition* , pp. 210-223.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain* , 9, nº 1, pp. 2-10.
- McKinley, S., Nagy, S., Steun-Parbury, J., Bramwell, M., & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and critical care nursing* , 18, pp. 27-36.
- OE (2008). *Dor: Guia Orientador de boa prática*. (Cadernos da ordem dos enfermeiros, série 1, nº1) Obtido em 1 de dezembro de 2010, de <https://membros.ordemenfermeirosptPublicaçõesDocumentscadernosodor.pdf>
- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*.
- Pessoa, R. F., & Nácul, F. E. (abr-jun de 2006). Delirium em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* , 18, nº 2.
- Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (jan-mar de 2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciência Saúde* , 12(1), pp. 50-54.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advanced Nursing* , 26, pp. 65-72.
- Rosa, N. G., Silva, G., Teixeira, A., Rodrigues, F., & Araújo, J. A. (2005). Rabdomiólise. *Acta Méd Port* , 18, pp. 271-282.
- Rosário, E. M. (2009). Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. *Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde* . Lisboa: Universidade Aberta.
- Sakata, R. K. (nov.-dez. de 2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Anesthesiol* , 60, nº 6, pp. 648-658.
- Society of Critical Care Medicine. (2008). *Fundamental Critical Care Support* (2ª em Português e 4ª em Inglês ed.). São Paulo: Editora Médica AWWWE.

ANEXO III

Manual de apoio à avaliação da dor

MANUAL DE APOIO

Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente:
Cuidados de Enfermagem Especializados na Área
da Pessoa em Situação Crítica

TELMA MARGARIDA COELHO LOPES

LISBOA

JANEIRO DE 2012

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

MANUAL DE APOIO

Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente:
Cuidados de Enfermagem Especializados na Área
da Pessoa em Situação Crítica

TELMA MARGARIDA COELHO LOPES, Nº 3842

LISBOA

JANEIRO DE 2012

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1.FORMAÇÃO	5
2.NORMA Nº2 – AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR NO ADULTO	21
3.CONCLUSÃO	332
BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA.....	33

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi realizado um estágio nesta Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) no período de 1 de setembro de 2011 a 18 de novembro de 2011. A realização deste manual nasce de um desejo e uma motivação em promover o desenvolvimento de competências na avaliação da dor no doente crítico inconsciente em UCI.

As UCIs são um contexto específico de prestação de cuidados, diferenciando-se pela monitorização contínua, pela sofisticada intervenção terapêutica/ tecnológica, pelos recursos humanos especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes. A maioria dos doentes internados nas UCIs experiencia dor, associada não só à doença mas também a todo um conjunto de procedimentos clínicos. Assim, tendo em conta este contexto, não é difícil de prever que outros aspetos da pessoa em situação crítica sejam negligenciados, sobretudo os que dizem respeito a uma dimensão mais subjetiva, como a dor. Swearingen e Keen (2005), apoiando-se em vários estudos em ambiente de cuidados críticos, referem que a dor é frequentemente subvalorizada, constituindo-se como um problema para a equipa de cuidados. O seu inadequado controlo resulta numa experiência de *stress* significativo com inúmeras repercussões físicas e psicológicas para o doente, interferindo com seu bem-estar e com a evolução do tratamento. No entanto, a avaliação da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a humanização dos cuidados (Direção Geral da Saúde, 2003).

Neste manual procurei colocar a formação que realizei no serviço, a norma de avaliação e registo da dor no adulto elaborado pela Direção de Enfermagem da instituição e alguma bibliografia de referência.

1.FORMAÇÃO

SUMÁRIO

- Objetivos
- Fundamentação
- Evidência científica
- Plano Nacional de Avaliação da dor
- Projeto: “A Dor como 5º Sinal Vital”
- Behavioral Pain Scale (BPS)
- Experiência de uma UCI de um Centro Hospitalar da região de Coimbra
- Considerações finais
- Bibliografia recomendada

OBJETIVOS

- Sensibilizar a equipa para a importância da avaliação da dor no doente crítico inconsciente;
- Conhecer alguma da evidência científica disponível sobre o tema;
- Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor no doente crítico inconsciente e seus familiares;
- Reflectir sobre a prática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente.

FUNDAMENTAÇÃO

A dor é uma “experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade.”
(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.11)

A dor está condicionada pela interpretação e compreensão pessoal que cada pessoa faz do fenómeno, tendo em consideração o seu passado, presente e futuro.
(Benner & Wrubel, 1989)

AVALIAÇÃO DA DOR

“Dor como 5º Sinal Vital”
O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.
(Direcção Geral de Saúde, 2003)

Avaliar a dor de forma regular e sistemática, escolhendo os instrumentos de avaliação adequados.
(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

FUNDAMENTAÇÃO

AVALIAÇÃO DA DOR EM UCI

Não é prioritária

(Odhner et al, 2003)

Grande desafio

(Puntillo et al, 2009)

Difícil em doentes que não comunicam

(Odhner et al, 2003)

FUNDAMENTAÇÃO

O doente crítico experiencia dor aguda, com muita frequência e por diversas causas.

A existência de dor é um fator de stress significativo, contribuindo para uma panóplia de complicações, tais como: confusão, ventilação inadequada, imobilidade, privação do sono, depressão e imunossupressão.

A maioria dos doentes internados nas UCI experiencia dor, associada não só à doença mas também a todo um conjunto de procedimentos clínicos.

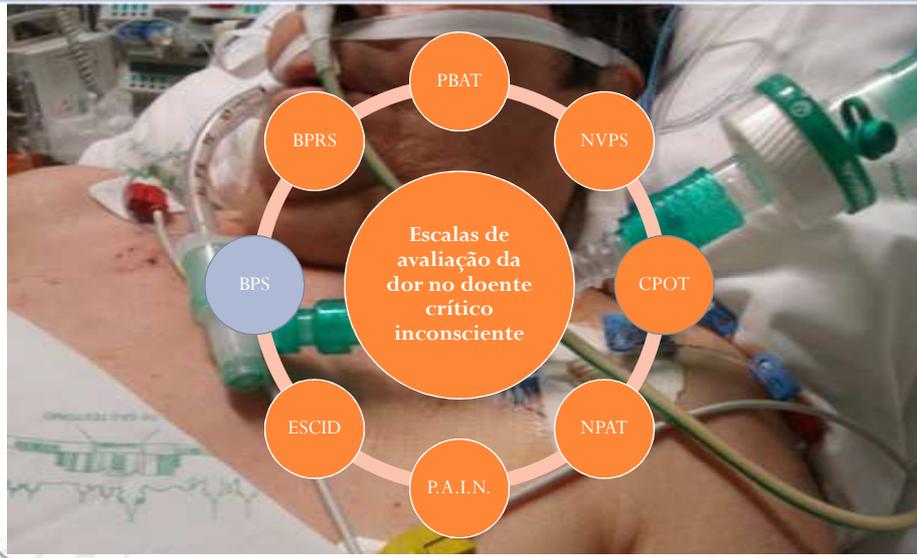
(Swearingen & Keen, 2005)

FUNDAMENTAÇÃO

Competências do Enfermeiro Perito no domínio da função de ajuda:

- *“Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a prevenção da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza”.*
• (Benner, 2001, p.81)
- *“Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias mais apropriadas para a controlar e gerir no doente”.*
• (Benner, 2001, p.87)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A BPS é uma das escalas que demonstra maior evidência científica de validade e confiabilidade.

(Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008)

- Não se pode afirmar que exista uma ferramenta totalmente válida, fidedigna e de referência na avaliação da dor no doente adulto inconsciente, sugerindo que as escalas sejam submetidas a uma avaliação psicométrica rigorosa para serem consideradas ferramentas sólidas.

• (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A validade da BPS é demonstrada com:

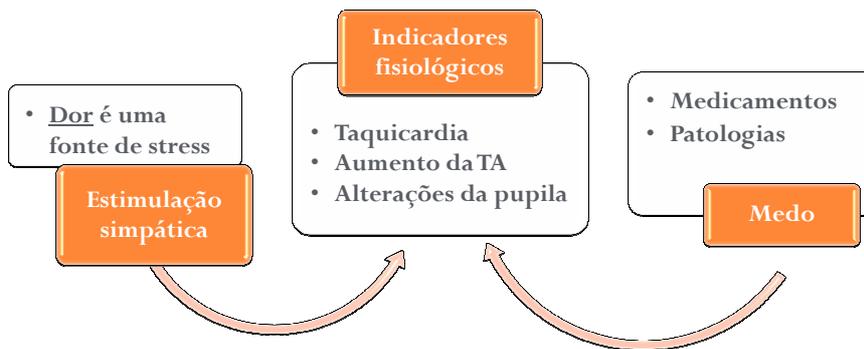
O aumento significativo nas pontuações da escala durante procedimentos dolorosos.

(Aïssaoui et al, 2005; Young et al, 2005; Juarez et al, 2010)

Indicadores fisiológicos são pouco específicos na avaliação da dor nas UCI, o que suporta o uso de indicadores comportamentais.

(Young et al, 2005; Cade, C., 2008)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



- Nenhum estudo publicado com um nível suficiente de evidência científica tem encontrado uma correlação entre essas variáveis fisiológicas e a dor.

(Aïssaoui et al, 2005)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

- A totalidade dos enfermeiros entrevistados consideram que a avaliação da dor é uma mais-valia para a humanização e qualidade dos cuidados prestados;
- 96% Consideram que a implementação dos instrumentos de avaliação é fundamental para a uniformização da comunicação entre a equipa de enfermagem face aos níveis de dor e sedação/agitação dos doentes;
- 79% Dos inquiridos referem que a BPS é clara e perceptível;
- BPS é a que melhor se coaduna com a realidade nacional, tornando-se mais acessível, prática e específica a quantificar a dor.

(Ferreira et al, 2008)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Limitações da BPS:

Não incluir doentes que receberam bloqueadores neuromusculares, que têm lesões vertebro-medulares e/ou neuropatia periférica.

(Juarez et al, 2010)

Doentes muito sedados apresentam pontuações na BPS mais baixas.

Não pode ser testada em todos os seus níveis devido às limitações éticas de estudar os níveis mais elevados de dor sem cobertura analgésica.

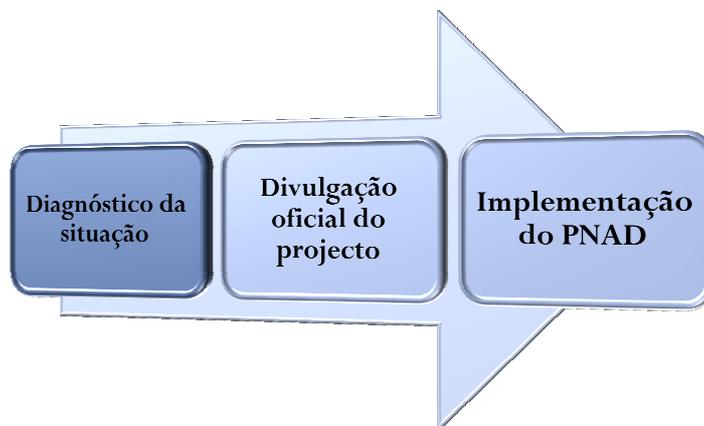
(Young et al, 2005)

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

- PNAD é coordenado pelo Grupo de Avaliação da dor (GAD) da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).
- Objetivo: Designar uma escala comportamental, para avaliação da dor em doentes sedados que não comunicam, a adoptar pelas UCIs portuguesas.

Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR



Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

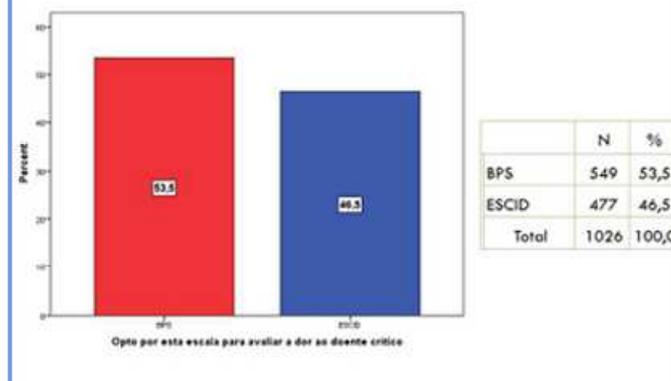
Implementação do PNAD

1. Formação dos Enf. de referência pelo GAD-SPCI;
2. Formação das equipas de enfermagem pelos Enf. de referência;
3. Aplicação de 2 escalas de avaliação da intensidade da dor em doentes críticos, que não comunicam e submetidos à ventilação mecânica;
4. Aplicação de um questionário aos enfermeiros que participaram no PNAD para avaliarem as 2 escalas.

Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

"OPTO POR ESTA ESCALA PARA AVALIAR A DOR AO DOENTE CRÍTICO"



Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com/p/resultados-pnad-em-actualizacao.html>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

Implementação
do PNAD

5. VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DAS ESCALAS

Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com/p/resultados-da-avaliacao-da-dor.html>

PROJETO “A Dor como 5º Sinal Vital”

- **Objetivo:**
 - Implementar a avaliação e registo da Dor, como 5º sinal vital, de forma sistemática a todos os doentes internados no hospital.
- **Fases de desenvolvimento do projeto:**
 - 1ª Constituição do grupo de trabalho para elaboração do plano de implementação (criação de normas);
 - 2ª Diagnóstico da situação e implementação do projeto nos serviços (definição dos elos de ligação);
 - 3ª Avaliação da implementação do projeto decorridos 6 meses do início.

PROJETO “A Dor como 5º Sinal Vital” Diagnóstico da situação nas UCI

Serviços	Escalas da dor	Forma de registo da dor
UCI A	Numérica BPS	- Informático, nas avaliações de enfermagem. - 4/4h e SOS
UCI B	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 2turno e SOS
UCI C	Faces VLCO/MO/RE	- Papel, na folha da unidade - 1turno e SOS
UCI D	Numérica Qualitativa	- Papel, na folha da unidade
UCI E	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 1turno e SOS
UCI F	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 2turno e SOS
UCI G	Numérica (0 a 5) Faces (0 a 5)	- Papel, na folha da unidade - 1turno e SOS
UCI H	Numérica Do Observador	- Papel, na folha da unidade - Quando avaliam os SV
UCI I	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 2turno e SOS
SO I	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf. - Quando avaliam os SV
SO II	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf. - 2turno e SOS
SO III	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf. - 1turno e SOS
SO IV	Numérica	- Papel, na folha de registos de enf. - 1turno e SOS
SO V	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf.
SUC	Régua da dor da triagem.	- Informático, no programa alert - Papel no SO, nas notas de enf.

PROJETO “A Dor como 5º Sinal Vital” Norma nº2 – Avaliação e registo da dor no adulto

• Descrição

- **DOENTE CONSCIENTE** com processo de pensamento mantido, pode utilizar-se a **escala numérica**, a **escala visual analógica**, sempre que este consiga quantificar a dor. Pode também optar-se pela **escala qualitativa**. Se não for possível usar qualquer destas escalas, pode optar-se pela **escala das faces**.
- **DOENTE COM OSCILAÇÕES DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA** e/ou alterações do processo de pensamento a escolha deve recair na **escala do observador**.
- **DOENTE SEDADO E VENTILADO**, pode utilizar-se a **BPS**.

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Critérios de inclusão

- Estar submetido a ventilação mecânica
- Incapacidade para comunicar, de forma verbal e /ou motora

Critérios de exclusão

- Auto-avaliação
- Ventilação espontânea
- Tetraplegia
- Bloqueantes neuromusculares
- Polineuropatia
- GCS = 3
- Morte cerebral

Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Expressão facial	0
Relaxada	1
Ligeiramente contraída (ex. sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (ex. pálpebras cerradas)	3
Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	0
Sem movimento	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados ou cerrados	3
Totalmente contraídos ou rígidos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado, com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

(Adaptado de Payen et al, 2001)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

- Selecionar um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma pontuação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta) ;
- O resultado da intensidade da dor corresponde à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa);
- Avaliação com pontuações ≥ 4 (Ex: 2.1.1) implica ajuste terapêutico com aumento analgésico.

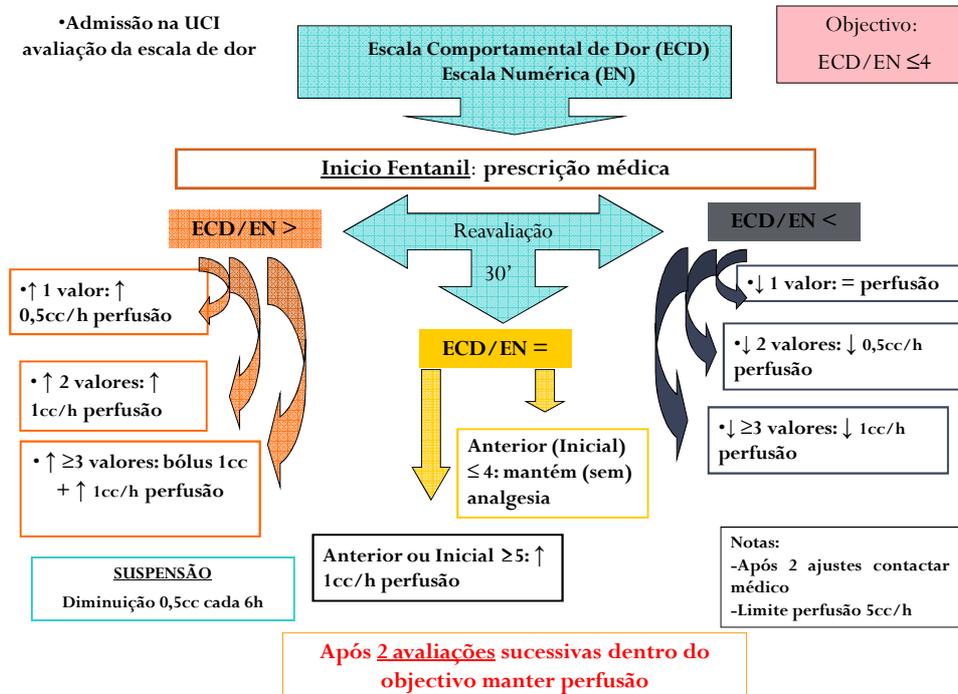
(Adaptado de Payen et al, 2001)

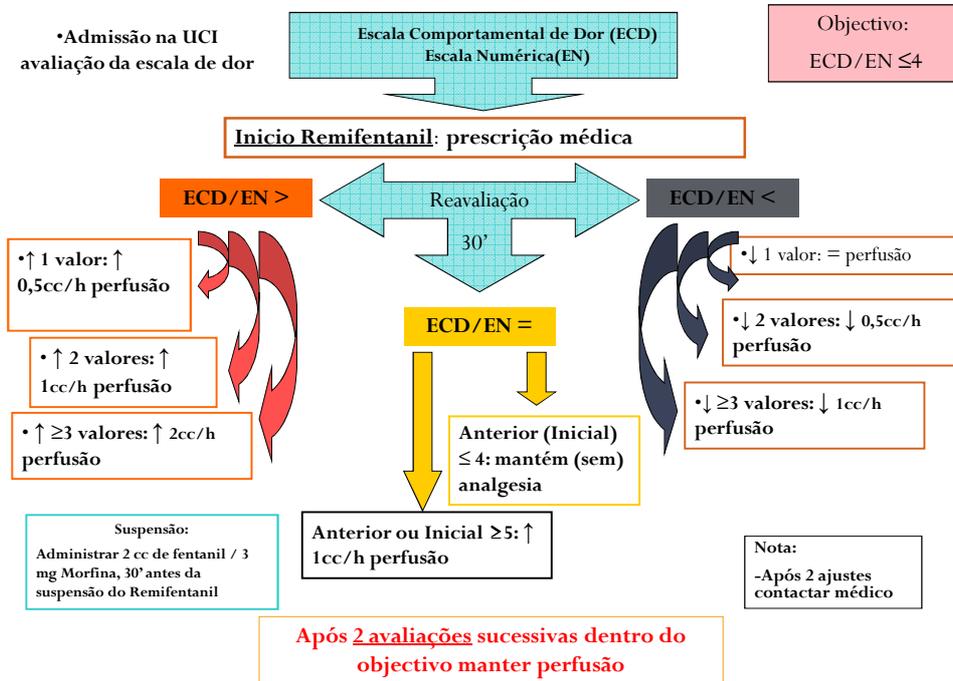
Experiência de uma UCI de um Centro Hospitalar da região de Coimbra

- Projeto de avaliação e controlo dor teve início em 2004/2005.
- **Problemática:** Não havia a prática de avaliar a dor nos doentes inconscientes, doentes muito sedados e as prescrições de analgésicos não eram adaptadas às especificidades dos doentes.
- **Pesquisaram e escolheram a BPS:** Fizeram tradução, retro-tradução e alguns ajustes linguísticos. Têm autorização do autor para utilizarem a escala.
- **Grupo dinamizador do projeto** fez formação e iniciou a aplicação das escalas de avaliação da dor e da avaliação da sedação – agitação em simultâneo com a implementação dos protocolos de sedoanalgesia.

Experiência de uma UCI de um Centro Hospitalar da região de Coimbra

- Aplicam a BPS aquando da avaliação dos sinais vitais (3x turno), e segundo protocolo de sedo-analgesia, em momentos que o doente está em repouso.
- **Constrangimentos:** doentes curarizados, doentes do foro neurocirúrgico críticos, doentes com traumatismo crânio encefálico grave ou doentes que por indicação médica não podem entrar nos protocolos.
- Não têm estudos anteriores à implementação do protocolo.
- Percepção que diminuiu o tempo de internamento, o desmame ventilatório é mais precoce e menor risco de complicações.
- O enfermeiro está mais próximo do doente, aumentando a comunicação e relação com o mesmo, melhorando os cuidados prestados.



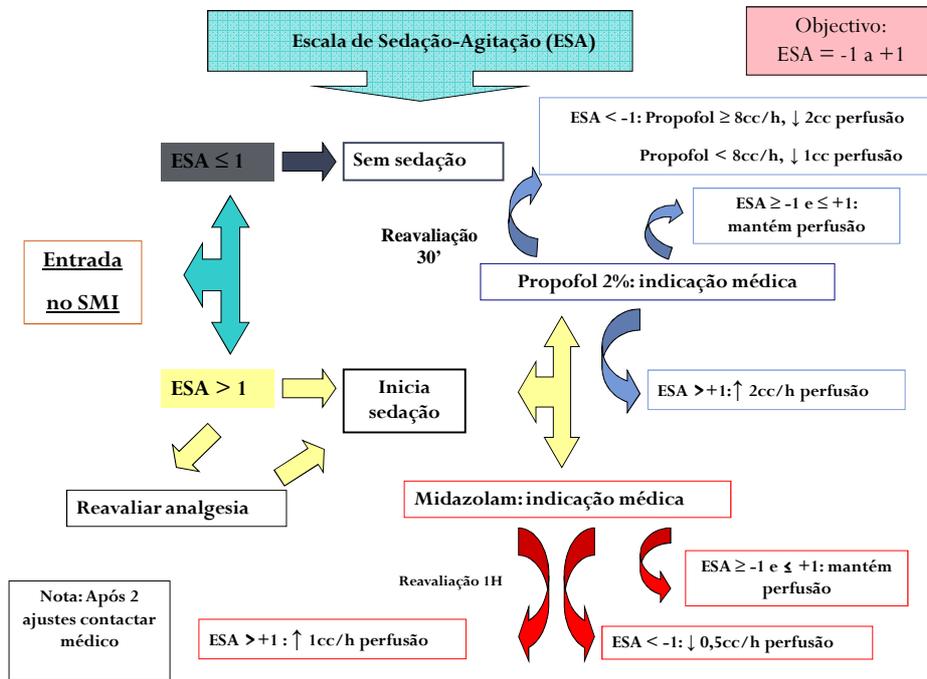


ESCALA DE SEDAÇÃO AGITAÇÃO

RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

SCORE	ITENS
+4	AGRESSIVO (violento/agressivo)
+3	MUITO AGITADO (tenta levantar-se)
+2	AGITADO (Luta com ventilador/movimentos descoordenados)
+1	DESASSOSSEGADO (ansioso mas sem movimentos vigorosos ou agressivos)
0	ALERTA E CALMO
-1	SONOLENTO/APÁTICO (não completamente alerta mas despertável, abre os olhos e segue o olhar ao chamamento > 10 seg.)
-2	SEDAÇÃO LIGEIRA (abertura dos olhos espontânea ou ao chamamento > 10 seg.)
-3	SEDAÇÃO MODERADA (abertura de olhos/pestaieja ao chamamento mas não segue o olhar)
-4	SEDAÇÃO PROFUNDA (não responde ao chamamento mas reage a estímulos físicos)
-5	SEM RESPOSTA (não responde à voz ou a estímulos físicos)

(Adaptado de Sessler, 2002)



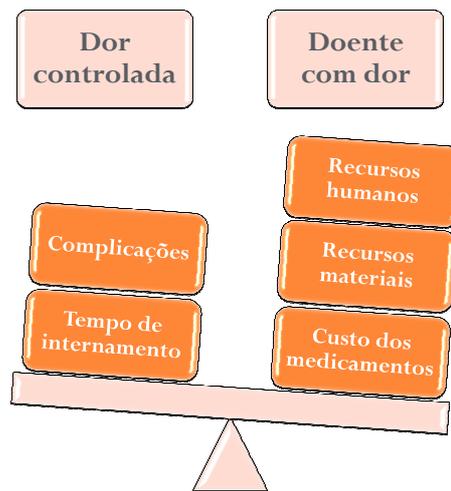
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor ainda não está a ser gerida de forma adequada nos doentes sedados em contexto de UCI. Esta prática não é coerente com as recomendações da literatura.

É necessário investir na formação dos enfermeiros e de toda a equipa interdisciplinar, no que respeita à problemática da dor.

Importância das estratégias não farmacológicas/intervenções autónomas de enfermagem no alívio da dor e da sua influência na gestão adequada de analgésicos.

RELAÇÃO CUSTO BENEFÍCIO



2. NORMA Nº2 – AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR NO ADULTO

[REDACTED]		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
		Aprovado em:	
NORMA Nº2 – Avaliação e Registo da Dor no Adulto		Revisão: Janeiro 2013	Enfª Directora [REDACTED]

1. OBJECTIVO

Esta norma tem como objectivos:

- Uniformizar as formas de avaliação e registo da dor nos diferentes Serviços.
- Garantir adequada intervenção de enfermagem aos doentes com dor.
- Promover a continuidade de cuidados de enfermagem na área da dor.

2. ÂMBITO

Esta norma aplica-se nos diferentes Serviços do [REDACTED] sendo o enfermeiro o profissional de saúde responsável pela sua execução.

3. DESCRIÇÃO

A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos validados, a adequada intervenção em tempo útil e a formulação de registos que possibilitem a continuidade dos cuidados e que promovam a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Assim, considera-se que:

- A dor deve ser monitorizada em todos os doentes.
- O registo da avaliação deve ser efectuada uma vez por turno, e sempre que se justifique, tendo em conta as necessidades de cada doente.
- Deve ser utilizado preferencialmente o mesmo instrumento de avaliação para cada doente, excepto se a situação clínica se modificar.
- Privilegiar o auto-relato como fonte de informação na pessoa com funções cognitivas mantidas.
- Deve efectuar-se o ensino sobre o instrumento de avaliação e validar a sua compreensão com o doente.

- No doente consciente com processo do pensamento mantido, pode utilizar-se a escala numérica (*anexo 2*), a escala visual analógica (*anexo 4*), sempre que este consiga quantificar a dor. Pode também optar-se pela escala qualitativa (*anexo 5*). Se não for possível usar qualquer destas escalas, pode optar-se pela escala de faces (*anexo 3*).
- Validar com o doente o local, qualidade, duração, frequência, intensidade, factores de alívio e de agravamento da dor (*anexo 1*).
- No doente com dor crónica, validar as estratégias de *coping* utilizadas, as implicações da dor na realização das actividades de vida, sinais e sintomas associados e descrição do uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas (*anexo 1*).
- No doente com oscilações do estado de consciência e/ou alteração do processo do pensamento a escolha deve recair na escala do observador (*anexo 6*).
- No doente idoso, com dor crónica, com dificuldade de comunicação, na ausência da capacidade de autoavaliação, a observação comportamental é um método de avaliação adequado. Uma das escalas recomendada é a escala de avaliação comportamental DOLOPLUS (*anexo 7*).
- No doente com demência deve utilizar-se a escala Pain Assessment in Advanced Dementia - PAINAD (*anexo 8*).
- No doente sedado e ventilado, pode utilizar-se a Behavior Pain Scale - BPS (*anexo 9*).
- Em doente tetraplégico sedado e ventilado, excluir a utilização da BPS. Neste caso, utilizar a escala do observador (*anexo 6*). Garantir que a avaliação da dor é comunicada aos membros da equipa multiprofissional.
- Colaborar com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano terapêutico.
- Implementar o plano terapêutico na sua área de competência.
- Efectuar ensino sobre medidas de controlo da dor, estabelecidas para cada doente e/ou família segundo plano terapêutico instituído.
- Podem utilizar-se, uma ou várias, intervenções não farmacológicas, sempre que se obtenha uma dor ligeira ou moderada ou em complemento das intervenções farmacológicas.
- Avaliar as medidas e/ou terapêutica instituída e efectuar o registo

4. RESPONSABILIDADES

A Avaliação da dor de forma sistemática, o registo do "score" obtido em local apropriado, a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, a execução do tratamento farmacológico prescrito e a reavaliação da dor após o tratamento é da responsabilidade do enfermeiro.

5. REGISTOS

O registo da avaliação e controlo da dor deve ser efectuado em impresso próprio e nas notas evolutivas sempre que se justifique, ou de acordo com a modalidade de registo existente em cada Serviço.

6. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

"A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial".¹

BPS - Behavioral Pain Scale



EN – Escala Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia

7. BIBLIOGRAFIA

(1) IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor)

- Circular Normativa nº 9/ DGCG de 14/06/2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor; Lisboa DGS. 4 pag.
- Ferreira, Alda; Oliveira, Micaela, Roque, Felisbela; Baltazar, Sónia – Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) - Revista Sinais Vitais; Março 2008; pag 24-28.
- "Guia orientador da Boa Prática - Dor"; Cadernos Ordem dos Enfermeiros - série 1, nº1; 2008; 55 pag.
- Herr, Keela; Coyne,Patrick J.;Manworren, Renee; McCaffery, Margo;Merkel, Sandra; Pelosi-Kelly, Jane – Pain assessment in the nonverbal patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations; 2006 – American Society for Pain Management Nursing; 15 pag.
- Norma de procedimentos na avaliação da dor no doente consciente e no doente sedado em cuidados intensivos, UCIP – HPV; rev. 2007.
- Orientação da Direcção Geral de Saúde nº 015/2010 de 14/12/2010 – Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa; Lisboa , DGS. 9 pag.
- Payen, Jean-François; Bru,Olivier; Bosson,Jean-Luc; Lagrasta, Anna; Novel, Eric; Deschaux, Isabelle; Lavagne, Pierre; Jacquot, Claude – Assessing pain in critically ill sedated patients by using the behavioral pain scale; Critical care medicine, vol. 29 nº 12, pag 2258-2263; 2001
- Rodrigues, Cristina Alexandra Fernandes; Avaliar a Dor no Doente com Alterações Cognitivas - Revista Portuguesa de Enfermagem; 2007; pag 39-41.
- Warden, V.; Hurley, AC.; Volicer, L. –Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale; www.amda.com/caring/may2004/painad.

8- ANEXOS:

ANEXO 1 - HISTÓRIA DE DOR

INFORMAÇÃO A OBTER		EXEMPLOS
Características da dor	Evolução: duração e padrão	Há quanto tempo tem dor? É uma dor contínua, intermitente, episódica?
	Localização	Onde é que dói? Descreva o local da dor. Irradia? (Pode ser útil o uso de um diagrama corporal).
	Qualidade	Como descreve a sua dor? (Ajuda a identificar as características de um tipo específico de dor. O cliente deve ser estimulado a utilizar palavras que melhor descrevem a sua dor como moedeira, tipo queimadura, facada, formigueiro, etc.)
	Intensidade	Qual a intensidade da dor? (Utilize instrumentos de avaliação da intensidade da dor)
Formas habituais de comunicar/ manifestar/ expressar a dor	De que forma é que habitualmente a pessoa expressa dor? Comunica habitualmente a sua dor e a quem? Ex.: silêncio, linguagem própria, choro, gemido, fúrias, etc.	
Factores de alívio e agravamento	O que é que alivia e/ou agrava a sua dor? Ex.: mudança de posição, calor, frio, movimento, tosse, respiração, analgesia, repouso, etc.	
Estratégias de <i>Coping</i>	O que faz quando tem dor?	
Impacto nas actividades de vida	De que forma a presença de dor afecta a sua vida? Ex.: interferência no sono, trabalho, apetite, mobilidade, sexualidade, nas actividades sociais e de lazer, no humor, etc.	
Conhecimento/ Percepção acerca da doença/ Expectativas acerca da dor e tratamento	A que atribui esta dor? O que espera do tratamento? (Explorar a percepção da pessoa, crenças acerca da dor e o que espera do seu controlo).	
Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor: <ul style="list-style-type: none"> • Trabalho • Actividades de lazer • Relações pessoais • Estado emocional 	Como é que a dor afecta o seu trabalho e a sua relação com os outros? A presença da dor afecta-o psicologicamente? A presença da dor afecta-o espiritualmente? Ex.: interferência no emprego, actividades sociais, relacionamento com os outros. Identificar preocupações, atitudes, estados de humor. Significado da dor e sofrimento, razão de viver, mudança de papéis na sociedade e família, confronto com as crenças acerca da vida e morte.	
Sintomas associados	Que outros sintomas acompanham a sua dor? Qual a sua intensidade? Identificar outros sintomas que acompanham a dor, tais como: obstipação,	

	fadiga, náusea, insónia, perda de apetite.
Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não-farmacológicas	<p>Que tratamento realizou? Qual a sua eficácia? Teve efeitos secundários à terapêutica?</p> <p>História detalhada da medicação. Registar efeitos secundários. Consumo de analgésicos e sua eficácia. Técnicas não - farmacológicas e seus efeitos.</p>

In: pg 33 e 34 Anexo 1 – História de dor - “Guia orientador da Boa Prática - Dor”;
Cadernos Ordem dos Enfermeiros - série 1, nº1; 2008.

ANEXO 2 – ESCALA NUMÉRICA

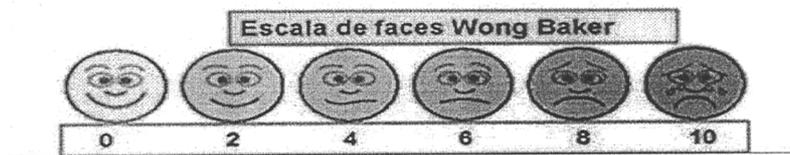
SEM DOR											DOR MÁXIMA
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

In: Circular Normativa nº 9/ DGCG de 14/06/2003

ANEXO 3 - ESCALA DE FACES



É solicitado que o doente classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

In: Circular Normativa nº 9/ DGCG de 14/06/2003

ANEXO 4 - ESCALA VISUAL ANALÓGICA

SEM DOR _____ DOR MÁXIMA

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

In: Circular Normativa nº 9/ DGCG de 14/06/2003

ANEXO 5 – ESCALA QUALITATIVA

SEM DOR	DOR LIGEIRA	DOR MODERADA	DOR INTENSA	DOR MÁXIMA
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Deve solicitar-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor usando um dos qualitativos que a caracterize: "Sem dor", "Dor ligeira", "Dor moderada", "Dor intensa" ou "Dor máxima".

ANEXO 6 – ESCALA DO OBSERVADOR

PARECE SEM DOR	PARECE CONFORTÁVEL COM O MOVIMENTO	PARECE DESCONFORTÁVEL	PARECE SOFREDOR CONSOLÁVEL	PARECE SOFREDOR INCONSOLÁVEL
----------------	------------------------------------	-----------------------	----------------------------	------------------------------

A B C D E

Escala do Observador (Hitchcock, adaptação)

A escala do Observador é uma escala de hetero - avaliação e está indicada para avaliação de dor em doentes com alteração do estado de consciência ou com défices cognitivos. É uma escala gradativa, que quantifica a dor do doente por categorias, desde o **Parece Sem Dor** ao **Parece Sofredor Inconsolável**.

ANEXO 7 – ESCALA COMPORTAMENTAL – DOLOPLUS2

ESCALA DOLOPLUS						
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA						
APELIDO.....NOME PRÓPRIO				DATAS		
SERVIÇO.....				Observação comportamental		
REPERCUSSÃO SOMÁTICA						
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2	2
3. Protecção de zonas dolorosas	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3	3
	. ausência de protecção	0	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1	1
4. Expressão facial	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3	3
	. mímica habitual	0	0	0	0	0
5. Sono	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3	3
6. Higiene e/ou vestir	. sono habitual	0	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2	2
	. insonia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA						
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3	3
8. Comunicação	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	0	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	1	1	1	1	1
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	2	2	2	2	2
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL						
9. Vida social	. sem alteração	0	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2	2
11. Pontuação	. recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3	3
	. comportamento habitual	0	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1	1
12. Alterações do comportamento	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hironidina Guarda				PONTUAÇÃO		

A escala é composta por 3 dimensões: Repercussão Somática, Repercussão Psicomotora e Repercussão Psico-social.

No total há 10 indicadores, cada um é constituído por 4 itens, cotados de 0 a 3, consoante a intensidade da queixa.

O *score* total pode ter uma pontuação entre 0 e 30. Admite-se, actualmente, que uma pontuação de 5/30 é indicador de dor.

A quando da utilização da escala deve ter-se em atenção que:

- (1) A avaliação deve ser realizada 2x/dia, até controlo da dor, procedendo-se posteriormente ao espaçamento das avaliações em função da situação.
- (2) A cotação de 1 item isolado não tem significado, deve sempre considerar-se a pontuação global.
- (3) Não deve cotar qualquer valor em caso do item ser desadequado
- (4) Deve valorizar os comportamentos passivos que possam ser representativos de alteração do comportamento.
- (5) Não pode comparar scores entre doentes

A escala apresenta termos e conceitos que passamos a explicitar:

QUEIXAS SOMÁTICAS - A queixa de dor é expressa pelo doente através da palavra, gestos, ou gritos (choro, gemido);

POSIÇÕES ANTIÁLGICAS- Posição corporal não habitual, que o doente adopta para evitar ou aliviar a dor;

PROTECÇÃO DE ZONAS DOLOROSAS- o doente protege determinada zona do corpo, através de determinadas atitudes ou gestos

EXPRESSÃO FACIAL/MIMÍCA - O rosto apresenta determinado aspecto facial (tensão, críspação), ou ocular (olhar fixo, lágrimas) que parecem exprimir dor

SOLICITAÇÃO – Considera-se que a interpretação é verbal ou em resultado de actividades como mobilização, prestação de cuidados, aproximação de pessoas);

HIGIENE e/ou VESTIR – Avaliar a dor durante as actividades de higiene e/ou vestir, de modo independente ou com ajuda

MOVIMENTOS - Avaliar a dor aquando do movimento (mudança de posição, marcha) realizado de forma independente ou com ajuda.

ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO - Refere-se a manifestações como agressividade, agitação, confusão, indiferença.

ANEXO 8 – ESCALA PAINAD (PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA)

ITENS	0	1	2	SCORE
Respiração independente da vocalização	Normal	Esforço respiratório ocasional; pequeno período de hiperventilação	Esforço respiratório marcado; período longo de hiperventilação; respiração Cheyne-Stokes	
Vocalização negativa	Nenhuma	Gemido ocasional; discurso desconexo com sentido negativo e reprovador	Chamamentos repetidos e perturbados; gemidos e lamentos em voz alterada; choro alterado	
Expressão facial	Sorriso ou sem expressão	Triste; assustado; desaprovador	Esgar facial de dor	
Linguagem corporal	Relaxado	Tenso; inquieto e com movimentos nervosos	Rígido; pernas dobradas; punhos cerrados; empurrões; agressão	
Consolação	Sem necessidade de consolo	Através do toque e da voz, fica tranquilo e distraído	Incapaz de se distrair ou tranquilizar	

Warden V. Hurley AC, Volicer L.; 2003.

Rodrigues, Cristina Alexandra Fernandes; Avaliar a Dor no Doente com Alterações Cognitivas Revista Portuguesa de Enfermagem; 2007

Esta escala é composta por cinco itens: padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e necessidade de consolo. Os *scores* variam de 0 (ausência de dor) a 10 (dor máxima), sendo cada item da escala quantificado de 0 a 2.

ANEXO 9 - BEHAVIOR PAIN SCALE (BPS)

Item	Descrição	Score
Expressão facial	Relaxada	1
	Ligeiramente contraída (ex: sobrancelhas arqueadas)	2
	Contração franca (ex: pálpebras cerradas)	3
	Fácies de dor	4
Membros 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 acessos de tosse esporádicos	2
	Desadaptação/ bloqueio ventilatório frequente	3
	Bloqueio ventilatório constante	4

Adaptado de Payen (2001)

Tradução: Ferreira, Alda; Oliveira, Micaela, Roque, Felisbela; Baltazar, Sónia – Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) - Revista Sinais Vitais; Março 2008.

Esta escala é recomendada para a avaliação da dor em doentes sedados e ventilados.

A sua utilização deve contemplar os momentos em repouso, durante a mobilização e em tratamentos e /ou técnicas comprovadamente dolorosas.

A observação contempla três indicadores de avaliação: **expressão facial**, o **comportamento dos membros** e a **adaptação ventilatória**. Cada indicador tem quatro parâmetros e os respectivos scores variam entre 1 e 4, sendo o score máximo de 12 (dor máxima) e o score mínimo 3 (sem dor). O objectivo é manter o doente com valores inferiores ou iguais a 4.

3.CONCLUSÃO

O desenvolvimento de competências na área da avaliação da dor no doente crítico inconsciente é de primordial importância para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica que em contexto de UCI experiencia dor aguda com muita frequência.

É reconhecida a necessidade de investimento na formação dos enfermeiros e de toda a equipa interdisciplinar, no que respeita à problemática da dor.

Neste sentido, considero que este manual poderá ajudar a equipa desta UCI a atualizar conhecimentos e a repensar as suas práticas relativamente aos procedimentos de avaliação da dor no doente crítico inconsciente.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Aïssaoui, Y., zeggwach, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (abril de 2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16244013&site=ehost-live>.
- Ahlers, S. J., Gulik, L. V., Dongen, H. P., Bruins, P., Belitser, S. V., Boer, A., et al. (16 de fev. de 2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, pp.1-8.
- Benner, P. (2001). In *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison -Wesley publishing.
- Cade, C. (nov.-dez. de 2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. Obtido em 2 de maio de 2011, de CINAHL Plus With Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010076965&site=ehost-live>.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Circular normativa nº 09/DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Circular normativa nº11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.
- Erdek, M. A., & Pronovost, P. J. (2004). Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality in Health Care* , 16, nº 1, pp. 59-64.
- Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (março de 2008). Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva. *Sinais Vitais*, nº 77, pp. 24-28.
- GAD-SPCI. (12 de setembro de 2011). Apresentação do PNAD. Obtido em 1 de dezembro de 2011, de Grupo de avaliação da dor: <http://gad-spci.blogspot.com>.
- GAD-SPCI. (12 de setembro de 2011). Resultados do PNAD em actualização. Obtido em 1 de dezembro de 2011, de Grupo de avaliação da dor: <http://gad-spci.blogspot.com/p/resultados-pnad-em-actualizacao.html>.
- Juarez, P., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Barb, G., Nellett, M., et al. (2010). Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20940589&site=ehost-live>.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9, nº 1, pp. 2-10.

- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., & Ingersoll, G. L. (nov./dec. de 2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimens Crit Care Nurse*, pp. 260-267.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de boa prática*. (Cadernos da ordem dos enfermeiros, série 1, nº1) Obtido em 1 de dezembro de 2010, de <https://membros.ordemenfermeirosptPublicações Documentscadernosodor.pdf>.
- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*.
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., et al. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Contemporary reviews in critical care medicine*, pp. 1069-1074.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2010). (*Regulamento nº 124/2011, diário da república, 2ª Série, 18 de fevereiro*).
- SESSLER, Curtis N. et al. (2002) – The Richmond Agitation – Sedation Scale. Validity and reability in adult intensive care unit patients. *Critical Care Med*. Vol.166, pp. 1338-1344.
- Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2005). Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with Full Text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16198570&site=ehost-live>.

ANEXO IV

Formação: Avaliação da dor no doente crítico inconsciente



1º CURSO DE Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente: Cuidados de enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica

11 de Janeiro de 2012

Hora: 15:30

Formadora:

Telma Margarida Coelho Lopes N.º3842

SUMÁRIO

- **Objetivos**
- **Projeto de Estágio**
- **Fundamentação**
- **Evidência científica**
- **Procedimento de avaliação da dor**
- **Plano Nacional de Avaliação da dor**
- **Projeto : “A Dor como 5º Sinal Vital”**
- **Behavioral Pain Scale (BPS)**
- **Considerações finais**
- **Bibliografia recomendada**

OBJETIVOS

- Apresentar o projecto de estágio a todos os elementos da equipa;
- Sensibilizar a equipa para a importância da avaliação da dor no doente crítico inconsciente;
- Conhecer alguma da evidência científica disponível sobre o tema;
- Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor no doente crítico inconsciente e seus familiares;
- Reflectir sobre a prática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente.

PROJETO DE ESTÁGIO

ID	Actividades	Inicio	Fim	Total de horas	Calendar																																			
					Mar 2011	Jun 2011	Jul 2011	Agos 2011	Sep 2011	Out 2011	Nov 2011	Dez 2011	Jan 2012	Fev 2012	Mar 2012																									
1	Elaboração, entrega e apresentação do pré-projecto	05-05-2011	31-05-2011																																					
2	Elaboração e entrega do projecto	05-05-2011	29-07-2011																																					
3	Pesquisa de evidência científica	05-05-2011	20-02-2012																																					
4	Idas a campo para preparar o projecto	01-06-2011	18-07-2011	75h																																				
5	Reformulação e entrega do projecto se necessário	09-09-2011	23-09-2011																																					
6	Estágios do 3º semestre:	01-09-2011	10-02-2012	500h																																				
7	[Redacted]	01-09-2011	18-11-2011	275h																																				
8	[Redacted]	21-11-2011	10-02-2012	225h																																				
9	Implementação das actividades para concretizar os objectivos do projecto	01-09-2011	31-03-2012																																					
10	Elaboração e entrega do relatório de estágio	01-10-2011	31-03-2012																																					
11	Orientação tutorial	05-05-2011	31-03-2012																																					

PROJETO DE ESTÁGIO

- FINALIDADE

Desenvolver competências Especializadas de Enfermagem na Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos

FUNDAMENTAÇÃO

A dor é uma “*experiência individual subjectiva e multidimensional. Factores fisiológicos, sensoriais, afectivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade.*”
(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.11)

A dor está condicionada pela interpretação e compreensão pessoal que cada pessoa faz do fenómeno, tendo em consideração o seu passado, presente e futuro.
(Benner & Wrubel, 1989)

AVALIAÇÃO DA DOR

“*Dor como 5º Sinal Vital*”
O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.
(Direcção Geral de Saúde, 2003)

Avaliar a dor de forma regular e sistemática, escolhendo os instrumentos de avaliação adequados.
(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

FUNDAMENTAÇÃO



FUNDAMENTAÇÃO

O doente crítico experiencia dor aguda, com muita frequência e por diversas causas.

A existência de dor é um factor de stress significativo, contribuindo para uma panóplia de complicações, tais como: confusão, ventilação inadequada, imobilidade, privação do sono, depressão e imunossupressão.

A maioria dos doentes internados nas UCI experiencia dor, associada não só à doença mas também a todo um conjunto de procedimentos clínicos.

(Swearingen & Keen, 2005)

FUNDAMENTAÇÃO

Competências do Enfermeiro Perito no domínio da função de ajuda:

- “Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a prevenção da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza”.
• (Benner, 2001, p.81)
- “Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias mais apropriadas para a controlar e gerir no doente”.
• (Benner, 2001, p.87)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A BPS é uma das escalas que demonstra maior evidência científica de validade e confiabilidade.

(Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008)

- Não se pode afirmar que exista uma ferramenta totalmente válida, fidedigna e de referência na avaliação da dor no doente adulto inconsciente, sugerindo que as escalas sejam submetidas a uma avaliação psicométrica rigorosa para serem consideradas ferramentas sólidas.

• (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A validade da BPS é demonstrada com:

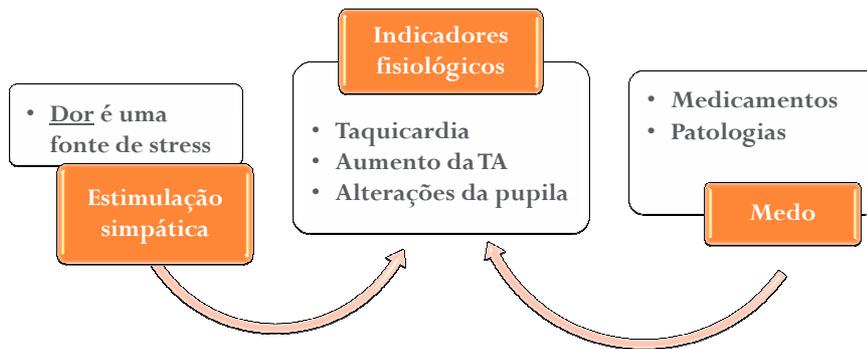
O aumento significativo nas pontuações da escala durante procedimentos dolorosos.

(Aïssaoui et al, 2005; Young et al, 2005; Juarez et al, 2010)

Indicadores fisiológicos são pouco específicos na avaliação da dor nas UCI, o que suporta o uso de indicadores comportamentais.

(Young et al, 2005; Cade, C., 2008)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



- Nenhum estudo publicado com um nível suficiente de evidência científica tem encontrado uma correlação entre essas variáveis fisiológicas e a dor.

(Aïssaoui et al, 2005)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

- A totalidade dos enfermeiros entrevistados consideram que a avaliação da dor é uma mais-valia para a humanização e qualidade dos cuidados prestados;
- 96% Consideram que a implementação dos instrumentos de avaliação é fundamental para a uniformização da comunicação entre a equipa de enfermagem face aos níveis de dor e sedação/agitação dos doentes;
- 79% Dos inquiridos referem que a BPS é clara e perceptível;
- BPS é a que melhor se coaduna com a realidade nacional, tornando-se mais acessível, prática e específica a quantificar a dor.

(Ferreira et al, 2008)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Limitações da BPS:

Não incluir doentes que receberam bloqueadores neuromusculares, que têm lesões vertebro-medulares e/ou neuropatia periférica.

(Juarez et al, 2010)

Doentes muito sedados apresentam pontuações na BPS mais baixas.

Não pode ser testada em todos os seus níveis devido às limitações éticas de estudar os níveis mais elevados de dor sem cobertura analgésica.

(Young et al, 2005)

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR

Auto-avaliação

Causas potenciais de dor

Observação comportamental

Observação da família

Titulação Analgésica

Reavaliação

A melhor forma de avaliar a dor é perguntar ao doente.

GOLD STANDARD

(Ahlers et al, 2008)

Mesmo o doente com capacidade cognitiva diminuída pode relatar a sua dor.

Tentar pelo menos



(Puntillo et al, 2009)

Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR

Auto-avaliação

Causas potenciais de dor

Observação comportamental

Observação da família

Titulação Analgésica

Reavaliação

- Procedimentos de enfermagem
 - ✓ Reabilitação
 - ✓ Tratamento de feridas
 - ✓ Aspiração de secreções
 - ✓ Posicionamentos
- Patologias
- Infecções ocultas
- Imobilidade

Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR

Auto-avaliação

Causas potenciais de dor

Observação comportamental

Observação da família

Titulação Analgésica

Reavaliação

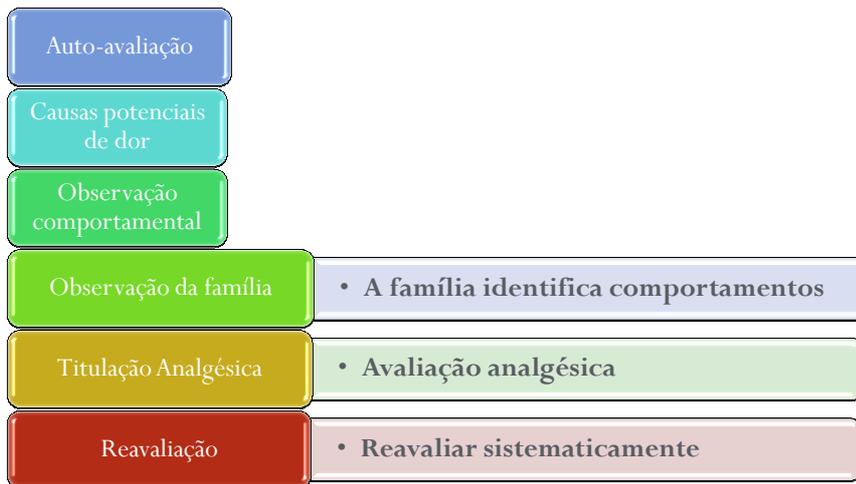
INDICADORES COMPORTAMENTAIS

- Expressão facial
- Presença de movimentos ou postura anti-álgicas
- Aumento do tonus muscular
- Adaptação ventilatória

(Puntillo et al, 2009)

Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR



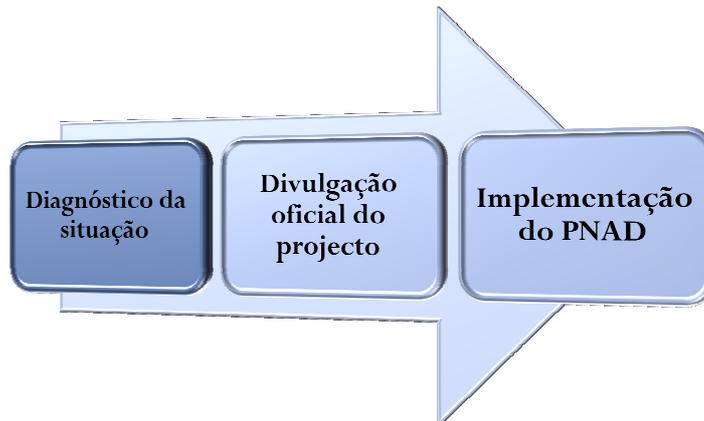
Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

- PNAD é coordenado pelo Grupo de Avaliação da dor (GAD) da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).
- **Objectivo:** Designar uma escala comportamental, para avaliação da dor em doentes sedados que não comunicam, a adoptar pelas UCIs portuguesas.

Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR



Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

Implementação do PNAD

1. Formação dos Enf. de referência pelo GAD-SPCI;
2. Formação das equipas de enfermagem pelos Enf. de referência;
3. Aplicação de 2 escalas de avaliação da intensidade da dor em doentes críticos, que não comunicam e submetidos à ventilação mecânica;
4. Aplicação de um questionário aos enfermeiros que participaram no PNAD para avaliarem as 2 escalas.

Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR



PLANO NACIONAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

Implementação
do PNAD

5. VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DAS ESCALAS

Fonte: <http://gad-sp.ci.blogspot.com/p/resultados-da-avaliacao-da-dor.html>

PROJETO “A Dor como 5º Sinal Vital”

- **Objetivo:**

- Implementar a avaliação e registo da Dor, como 5º sinal vital, de forma sistemática a todos os doentes internados no Hospital.

- **Fases de desenvolvimento do projeto:**

- 1ª Constituição do grupo de trabalho para elaboração do plano de implementação (criação de normas);
- 2ª Diagnóstico da situação e implementação do projecto nos serviços (definição dos elos de ligação);
- 3ª Avaliação da implementação do projecto decorridos 6 meses do início.

PROJETO “A Dor como 5º Sinal Vital” Diagnóstico da situação nas UCIs

Serviços	Escalas da dor	Forma de registo da dor
UCIA	Numérica BPS adaptada	- Informático, nas avaliações de enfermagem. - 4/4h e SOS
UCIB	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 2turno e SOS
UCIC	Faces VICOMORE	- Papel, na folha da unidade - 1turno e SOS
UCID	Numérica Qualitativa	- Papel, na folha da unidade
UCIE	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 1turno e SOS
UCIF	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 2turno e SOS
UCIG	Numérica (0 a 5) Faces (0 a 5)	- Papel, na folha da unidade - 1turno e SOS
UCIH	Numérica Do Observador	- Papel, na folha da unidade - Quando avaliam os SV
UCI	Numérica	- Papel, na folha da unidade - 2turno e SOS
SO I	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf. - Quando avaliam os SV
SO II	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf. - 2turno e SOS
SO III	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf. - 1turno e SOS
SO IV	Numérica	- Papel, na folha de registos de enf. - 1turno e SOS
SO V	Visual analógica	- Papel, na folha de registos de enf.
SUC	Régua da dor da triagem.	- Informático, no programa alert - Papel no SO, nas notas de enf.

PROJETO “A Dor como 5º Sinal Vital” Norma nº2 – Avaliação e registo da dor no adulto

• Descrição

- DOENTE CONSCIENTE com processo de pensamento mantido, pode utilizar-se a escala numérica, a escala visual analógica, sempre que este consiga quantificar a dor. Pode também optar-se pela escala qualitativa. Se não for possível usar qualquer destas escalas, pode optar-se pela escala das faces.
- DOENTE COM OSCILAÇÕES DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA e/ou alterações do processo de pensamento a escolha deve recair na escala do observador.
- DOENTE SEDADO EVENTILADO, pode utilizar-se a BPS.

ESCALA NUMÉRICA



- A escala numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.
- Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 a classificação “dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável).

(Direcção Geral de Saúde, 2003)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

SEM DOR _____ DOR MÁXIMA

- Consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 cm de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação “sem dor” e, na outra, a classificação “dor máxima”.
- O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha recta.
- Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica.

(Direcção Geral de Saúde, 2003)

ESCALA QUALITATIVA

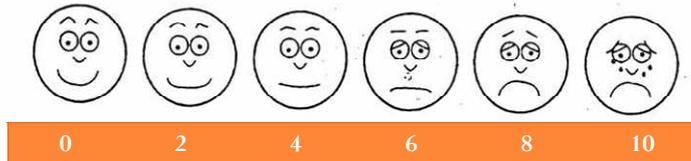
Sem dor	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

- Deve solicitar-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor usando um dos qualitativos que a caracterize: “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa” ou “dor máxima”.

(Direcção Geral de Saúde, 2003)

ESCALA DAS FACES

Escala de faces Wong Baker



- É solicitado que o doente classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “sem dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “dor máxima”.

(Direcção Geral de Saúde, 2003)

ESCALA DO OBSERVADOR

Parece sem dor	Parece confortável com o movimento	Parece desconfortável	Parece sofredor consolável	Parece sofredor inconsolável
A	B	C	D	E

(Hitchcock, adaptação)

- A escala do observador é uma escala de hetero-avaliação e está indicada para avaliação de dor em doentes com alteração do estado de consciência ou com défices cognitivos.
- É uma escala gradativa, que quantifica a dor do doente por categorias, desde o Parece sem dor ao Parece sofredor inconsolável.

(Direcção Geral de Saúde, 2003)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Critérios de inclusão

- Estar submetido a ventilação mecânica
- Incapacidade para comunicar, de forma verbal e /ou motora

Critérios de exclusão

- Auto-avaliação
- Ventilação espontânea
- Tetraplegia
- Bloqueantes neuromusculares
- Polineuropatia
- GCS = 3
- Morte cerebral

Fonte: <http://gad-spci.blogspot.com>

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Expressão facial	0
Relaxada	1
Ligeiramente contraída (ex. sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (ex. pálpebras cerradas)	3
Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	0
Sem movimento	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados ou cerrados	3
Totalmente contraídos ou rígidos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado, com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

(Adaptado de Payen et al, 2001)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

- Seleccionar um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma pontuação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta) ;
- O resultado da intensidade da dor corresponde à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa);

- Avaliação com pontuações ≥ 4 (Ex: 2.1.1) implica ajuste terapêutico com aumento analgésico.

(Adaptado de Payen et al, 2001)

ESCALA DE SEDAÇÃO AGITAÇÃO

RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

SCORE	ITENS
+4	AGRESSIVO (violento/agressivo)
+3	MUITO AGITADO (tenta levantar-se)
+2	AGITADO (Luta com ventilador/movimentos descoordenados)
+1	DESASSOSSEGADO (ansioso mas sem movimentos vigorosos ou agressivos)
0	ALERTA E CALMO
-1	SONOLENTO/APÁTICO (não completamente alerta mas despertável, abre os olhos e segue o olhar ao chamamento > 10 seg.)
-2	SEDAÇÃO LIGEIRA (abertura dos olhos espontânea ou ao chamamento > 10 seg.)
-3	SEDAÇÃO MODERADA (abertura de olhos/pestanjea ao chamamento mas não segue o olhar)
-4	SEDAÇÃO PROFUNDA (não responde ao chamamento mas reage a estímulos físicos)
-5	SEM RESPOSTA (não responde à voz ou a estímulos físicos)

(Adaptado de Sessler, 2002)

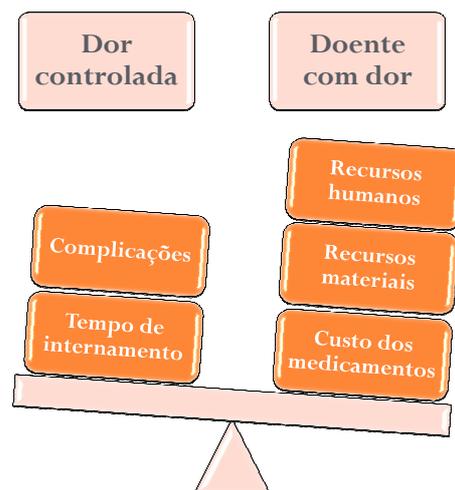
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor ainda não está a ser gerida de forma adequada nos doentes sedados em contexto de UCI. Esta prática não é coerente com as recomendações da literatura.

É necessário investir na formação dos enfermeiros e de toda a equipa interdisciplinar, no que respeita à problemática da dor.

Importância das estratégias não farmacológicas/intervenções autónomas de enfermagem no alívio da dor e da sua influência na gestão adequada de analgésicos.

RELAÇÃO CUSTO BENEFÍCIO





BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Aïssaoui, Y., zeggwach, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (abril de 2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16244013&site=ehost-live>.
- Ahlers, S. J., Gulik, L. V., Dongen, H. P., Bruins, P., Belitser, S. V., Boer, A., et al. (16 de fev. de 2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, pp.1-8.
- Benner, P. (2001). In *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison -Wesley publishing.
- Cade, C. (nov.-dez. de 2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. Obtido em 2 de maio de 2011, de CINAHL Plus With Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010076965&site=ehost-live>.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Circular normativa n° 09/DGCG: A Dor como 5ª Sinal Vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de http://www.myos.pt/downloads/circular5_sinalvital.pdf.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Circular normativa n° 11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Erdek, M. A., & Pronovost, P. J. (2004). Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, n° 1, pp. 59-64.
- Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (março de 2008). Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva. *Sinais Vitais*, n° 77, pp. 24-28.
- GAD-SPCI. (12 de setembro de 2011). Apresentação do PNAD. Obtido em 1 de dezembro de 2011, de Grupo de avaliação da dor: <http://gad-spci.blogspot.com>.
- GAD-SPCI. (12 de setembro de 2011). Resultados do PNAD em atualização. Obtido em 1 de dezembro de 2011, de Grupo de avaliação da dor: <http://gad-spci.blogspot.com/p/resultados-pnad-em-actualizacao.html>.
- Juarez, P., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Barb, G., Nellett, M., et al. (2010). Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20940589&site=ehost-live>.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9, n° 1, pp. 2-10.
- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., & Ingersoll, G. L. (nov./dec. de 2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimens Crit Care Nurs*, pp. 260-267.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de boa prática*. (Cadernos da ordem dos enfermeiros, série 1, n°1) Obtido em 1 de dezembro de 2010, de <https://membros.ordemenfermeirosptPublicações/Documentscadernosoeodor.pdf>.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*.
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., et al. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Contemporary reviews in critical care medicine*, pp. 1069-1074.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2010). (*Regulamento n° 124/2011, diário da república, 2ª Série, 18 de fevereiro*).
- SESSLER, Curtis N. et al. (2002) – The Richmond Agitation – Sedation Scale. Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Critical Care Med*. Vol. 166, pp. 1338-1344.
- Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2005). Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Obtido em 2 de Maio de 2011, de MEDLINE with Full Text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16198570&site=ehost-live>.

ANEXO V

Formação para a sessão clínica



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Avaliação da Dor no Doente Crítico Inconsciente: Cuidados de enfermagem Especializados na Área da Pessoa em Situação Crítica

23 de Fevereiro de 2012

Formadora:

Telma Margarida Coelho Lopes N°3842

OBJETIVOS

- Apresentar o projeto de estágio a todos os elementos da equipa;
- Sensibilizar a equipa para a importância da avaliação da dor no doente crítico inconsciente;
- Conhecer alguma da evidência científica disponível sobre o tema;
- Refletir sobre a prática da avaliação da dor;

DEFINIÇÃO DE DOR

A dor é uma “*experiência individual subjetiva e multidimensional. Fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjetividade.*”

(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.11)

A dor está condicionada pela interpretação e compreensão pessoal que cada pessoa faz do fenómeno, tendo em consideração o seu passado, presente e futuro.

(Benner & Wrubel, 1989)

DOR COMO 5º SINAL VITAL



Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

I – NORMA

Atendendo a que:

- A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.
- O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.
- Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*.
- O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a “Dor como o 5º sinal vital”.

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR



A melhor forma de avaliar a dor é perguntar ao doente.

GOLD STANDARD

(Ahlers et al, 2008)

Mesmo o doente com capacidade cognitiva diminuída pode relatar a sua dor.

Tentar pelo menos



(Puntillo et al, 2009)

Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR



- Procedimentos de enfermagem
 - ✓ Reabilitação
 - ✓ Tratamento de feridas
 - ✓ Aspiração de secreções
 - ✓ Posicionamentos
- Intervenções médicas
- Patologias
- Processos inflamatórios
- Imobilidade

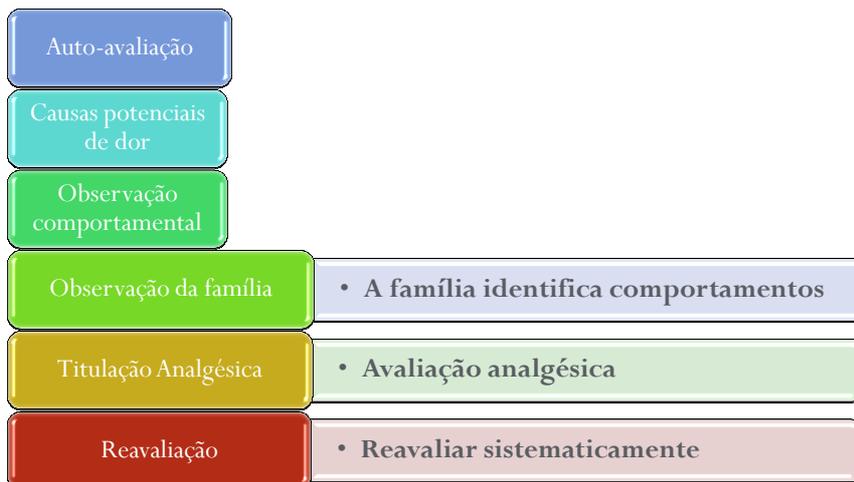
Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA DOR



Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR



Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

AVALIAÇÃO DA DOR EM UCI

Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults

Margaret Odhner, RN, BSN, CCRN; Deborah Wegman, RN, BSN;
Nancy Freeland, RN, MS, CCRN; Ann Steinmetz, RN, BSN;
Gail L. Ingersoll, EDD, RN, FAAN

- Não é considerada uma prioridade
- Difícil em doentes que não comunicam

AVALIAÇÃO DA DOR EM UCI

O doente crítico experiencia dor aguda, com muita frequência e por diversas causas.

A existência de dor é um fator de stress significativo, contribuindo para uma panóplia de complicações, tais como: confusão, ventilação inadequada, imobilidade, privação do sono, depressão e imunossupressão.

A maioria dos doentes internados nas UCI experiencia dor, associada não só à doença mas também a todo um conjunto de procedimentos clínicos.

(Swearingen & Keen, 2005)

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SUBESTIMAM A DOR DOS DOENTES CRÍTICOS

Research

Open Access

Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU

Sabine JGM Ahlers^{1,2,3}, Laura van Gulik¹, Aletta M van der Veen¹, Hendricus PA van Dongen¹, Peter Bruins¹, Svetlana V Belitser⁴, Anthonius de Boer⁴, Dick Tibboel³ and Catherijne AJ Knibbe^{2,3}

Intensive and Critical Care Nursing (2006) 22, 32–39



ELSEVIER

ORIGINAL ARTICLE

ICCN

www.elsevierhealth.com/journals/iccn

Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients

Jeanne Young^{a,b,*}, Jo Siffleet^a, Sue Nikoletti^{a,b}, Thérèse Shaw^{a,b}

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



A Review of Objective Pain Measures for Use With Critical Care Adult Patients Unable to Self-Report

Denise Li, Kathleen Puntillo, and Christine Miaskowski

Department of Physiological Nursing, University of California, San Francisco, California.

*The Journal of Pain, Vol 9, No 1 (January), 2008: pp 2-10
Available online at www.sciencedirect.com*

A Behavioral Pain Scale (BPS) é uma das escalas que demonstra maior evidência científica de validade e confiabilidade

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A validade da BPS é demonstrada com:

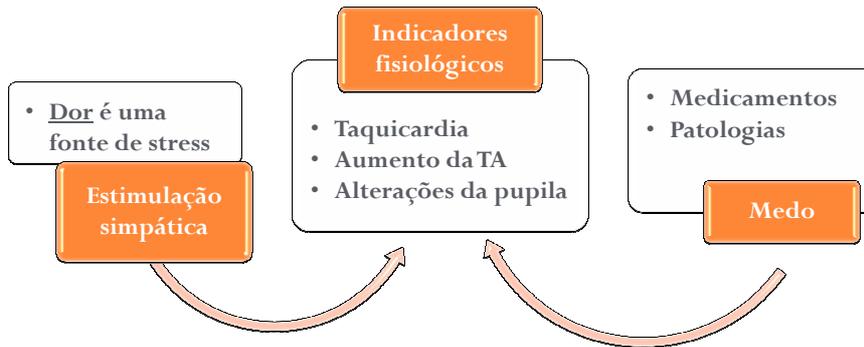
O aumento significativo nas pontuações da escala durante procedimentos dolorosos.

(Aïssaoui et al, 2005; Young et al, 2005; Juarez et al, 2010)

Uso de indicadores comportamentais em detrimento do uso de indicadores fisiológicos.

(Young et al, 2005; Cade, C., 2008)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



- Nenhum estudo publicado com um nível suficiente de evidência científica tem encontrado uma correlação entre essas variáveis fisiológicas e a dor. (Aïssaoui et al, 2005)

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale

Jean-Francois Payen, MD, PhD; Olivier Bru, MD; Jean-Luc Bosson, MD, PhD; Anna Lagrasta, RN; Eric Novel, PT; Isabelle Deschaux, RN; Pierre Lavagne, MD; Claude Jacquot, MD

Crit Care Med 2001 Vol. 29, No. 12

Table 1. Behavioral pain scale

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g., brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g., eyelid closing)	3
Upper limbs	Grimacing	4
	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
Compliance with ventilation	Permanently retracted	4
	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for most of the time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

Expressão facial	0
Relaxada	1
Ligeiramente contraída (ex. sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (ex. pálpebras cerradas)	3
Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	0
Sem movimento	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados ou cerrados	3
Totalmente contraídos ou rígidos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado, com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

(Adaptado de Payen et al, 2001)

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

- Selecionar um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma pontuação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta) ;
- O resultado da intensidade da dor corresponde à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa);
- Avaliação com pontuações ≥ 4 (Ex: 2.1.1) implica ajuste terapêutico com aumento analgésico.

(Adaptado de Payen et al, 2001)

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

ESCALA COMPORTAMENTAL DA DOR

Critérios de inclusão

- Estar submetido a ventilação mecânica
- Incapacidade para comunicar, de forma verbal e /ou motora

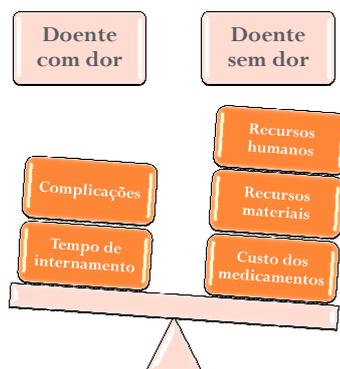
Critérios de exclusão

- Auto-avaliação
- Ventilação espontânea
- Lesões vertebro-medulares
- Polineuropatia
- Bloqueantes neuromusculares
- Doentes muito sedados
- GCS = 3
- Morte cerebral

Fonte: <http://gad-spici.blogspot.com>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

RELAÇÃO CUSTO BENEFÍCIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor ainda não está a ser gerida de forma adequada nos doentes sedados em contexto de UCI. Esta prática não é coerente com as recomendações da literatura.

É necessário investir na formação dos enfermeiros e de toda a equipa interdisciplinar, no que respeita à problemática da dor.



BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Aïssaoui, Y., zeggwach, A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (abril de 2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16244013&site=ehost-live>.
- Ahlers, S. J., Gulik, L. V., Dongen, H. P., Bruins, P., Belitser, S. V., Boer, A., et al. (16 de fev. de 2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, pp.1-8.
- Benner, P. (2001). In *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness*. California: Addison -Wesley publishing.
- Cade, C. (nov.-dez. de 2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. Obtido em 2 de maio de 2011, de CINAHL Plus With Full Text: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010076965&site=ehost-live>.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *Circular normativa n.º 09/DGCG: A Dor como 5.º Sinal Vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de http://www.myos.pt/downloads/circular5_sinalvital.pdf.
- Direção Geral de Saúde. (2008). *Circular normativa n.º 11/DSCS/DPCD: Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 31 de janeiro de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Erdek, M. A., & Pronovost, P. J. (2004). Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, n.º 1, pp. 59-64.
- Ferreira, A., Oliveira, M., Roque, F., & Baltazar, S. (março de 2008). Cuidar do doente crítico com dor: um desafio no Serviço de Medicina Intensiva. *Sinais Vitais*, n.º 77, pp. 24-28.
- GAD-SPCI. (12 de setembro de 2011). Apresentação do PNAD. Obtido em 1 de dezembro de 2011, de Grupo de avaliação da dor: <http://gad-spci.blogspot.com>.
- GAD-SPCI. (12 de setembro de 2011). Resultados do PNAD em actualização. Obtido em 1 de dezembro de 2011, de Grupo de avaliação da dor: <http://gad-spci.blogspot.com/p/resultados-pnad-em-actualizacao.html>.
- Juarez, P., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Barb, G., Nellett, M., et al. (2010). Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20940589&site=ehost-live>.
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9, n.º 1, pp. 2-10.
- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., & Ingersoll, G. L. (nov./dec. de 2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimens Crit Care Nurs*, pp. 260-267.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia Orientador de boa prática*. (Cadernos da ordem dos enfermeiros, série 1, n.º1) Obtido em 1 de dezembro de 2010, de <https://membros.ordemenfermeirosptPublicações/Documentscadernosoeodor.pdf>.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med.*
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., et al. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Contemporary reviews in critical care medicine*, pp. 1069-1074.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2010). (*Regulamento n° 124/2011, diário da republica, 2ª Série, 18 de fevereiro*).
- SESSLER, Curtis N. et al. (2002) – The Richmond Agitation – Sedation Scale. Validity and reability in adult intensive care unit patients. *Critical Care Med.* Vol.166, pp. 1338-1344.
- Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2005). Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes. In *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. Obtido em 2 de Maio de 2011, de MEDLINE with Full Text database; <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16198570&site=ehost-live>.

ANEXO VI

Formação: Incompatibilidades farmacológicas

(IN)COMPATIBILIDADES FARMACOLÓGICAS

Enf. [REDACTED]

Enf. Telma Lopes

Dra. [REDACTED]

7 DE FEVEREIRO DE 2012

SUMÁRIO

- **Objetivos**
- **Problemática**
- **Fundamentação**
- **Intervenções de enfermagem**
- **Tabela de diluições**
- **Considerações finais**
- **Bibliografia recomendada**
- **Compatibilidades / Estabilidades / Tempos de perfusão**

OBJETIVOS

- Sensibilizar a equipa para a problemática da administração de terapêutica e possíveis reações adversas;
- Adquirir conhecimentos relativos às compatibilidades da terapêutica administrada com mais frequência no serviço;
- Refletir sobre a prática da administração de terapêutica no doente hemato-oncológico em estado crítico.

PROBLEMÁTICA

- O doente em estado crítico tem um número limitado de acessos venosos que não é proporcional à grande quantidade de fármacos a infundir, este facto pode favorecer a ocorrência de incompatibilidades entre as drogas administradas.

(Juan et al, 2009)

- O regime farmacológico complexo em doentes de UCI aumenta a possibilidade de ocorrência de respostas inesperadas do medicamento.

(Ex: ausência de acção farmacológica e aumento da toxicidade).

(Secoli, Set/Out 2001)



FUNDAMENTAÇÃO

- Incompatibilidades farmacológicas ocorrem quando 2 ou mais fármacos são administrados na mesma solução ou misturados no mesmo recipiente e o produto obtido é capaz de alterar o resultado terapêutico.



Potencialização do efeito terapêutico;
Redução da eficácia;
Aparecimento de reações adversas;
Não causar nenhuma modificação no efeito desejado.

(Secoli, Set/Out 2001)

FUNDAMENTAÇÃO

- Interações farmacológicas podem definir-se como qualquer alteração da resposta previsível da ação de um fármaco, como consequência da presença de outro fármaco, alimentos ou outro agente químico.
- Podem resultar efeitos benéficos ou prejudiciais para o organismo.

(Hernández & Alvarez, 2002)



FUNDAMENTAÇÃO

Interações
Farmacotécnicas

• Ocorrem fora do organismo

Interações
Farmacocinéticas

• O que o organismo faz ao
fármaco

Interações
Farmacodinâmicas

• O que o fármaco faz ao
organismo

FUNDAMENTAÇÃO

Interações
Farmacotécnicas

• Ocorrem fora do organismo

Incompatibilidades do tipo físico-químico que interferem na liberação do princípio ativo.



- Incompatibilidades de pH;
- Incompatibilidade com o material utilizado;
- Fotossensibilidade;
- Hiperconcentração;
- Factores ambientais.

(Garret et al, 1997)

FUNDAMENTAÇÃO

Interações Farmacocinéticas

• O que o organismo faz ao fármaco

- Processo de transformação do medicamento que decorre após a sua administração.

(Garret et al, 1997)

- Absorção, Distribuição, Metabolização e Eliminação (ADME).

(Simposium terapêutico, 2010)



FUNDAMENTAÇÃO

Interações Farmacodinâmicas

• O que o fármaco faz ao organismo

- Interações nas quais os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro agente que interfere na sua acção.
- Na ligação ao recetor farmacológico.

(Hernández & Alvarez, 2002)



FUNDAMENTAÇÃO

○ **Determinados doentes são mais vulneráveis aos efeitos adversos das incompatibilidades farmacológicas:**

- **Doentes Imunodeprimidos;**
- **Doentes de Unidades de Cuidados Intensivos;**
- **Doentes Crónicos;**
- **Idosos.**

(Secoli, Mar. 2001)

FUNDAMENTAÇÃO

A ocorrência de incompatibilidades farmacológicas depende de vários fatores:

- **número e dose de fármacos;**
- **duração do tratamento;**
- **idade;**
- **situação clínica;**
- **patologias associadas.**

(Streetman, 2000)



FUNDAMENTAÇÃO

TRABALHO EM EQUIPA



(Secoli, Set/Out 2001)

FUNDAMENTAÇÃO

A responsabilidade da administração de terapêutica é da competência do enfermeiro

- *“Procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade.”*

(Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 6)

FUNDAMENTAÇÃO

A responsabilidade da administração de terapêutica é da competência do enfermeiro

- *“Procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade.”*

(Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 6)

FUNDAMENTAÇÃO

Competências do Enfermeiro Perito no domínio da administração e vigilância dos protocolos terapêuticos

- *“Pôr a funcionar e vigiar um tratamento por via intravenosa com o mínimo de risco e de complicação”.*
- *“Administrar os medicamentos de maneira apropriada e sem perigo: vigiar os efeitos secundários, as reacções, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades”.*

• (Benner, 2001, p.147)

• (Benner, 2001, p. 147)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Evitar administrar no mesmo horário vários fármacos endovenosos

Evitar misturar fármacos na mesma solução ou recipiente

Usar sistemas de infusão diferentes na administração de fármacos de compatibilidade desconhecida

(Secoli, Mar 2001)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Escolher a solução e volume de diluição compatíveis e respeitar os tempos de perfusão recomendados

Observar alterações visíveis na reconstituição e diluição do fármaco

Lavar os dispositivos de infusão sempre que necessário administrar vários fármacos na mesma via

(Secoli, Mar 2001)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A administração de fármacos em bólus pode ser considerada para reduzir as incompatibilidades

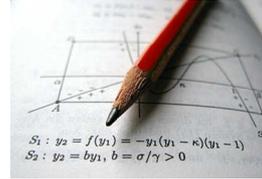
Consultar os serviços de farmácia sempre que houver dúvidas em relação às compatibilidades

Elaborar um guia de compatibilidades farmacológicas e manter em local de fácil acesso

(Secoli, Mar 2001)

TABELA DE DILUIÇÕES

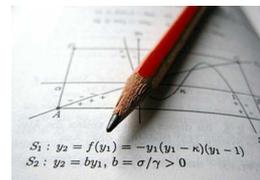
EXEMPLO PRÁTICO



o Prescrição: 750mg de Amicacina/dia

- Verificar a ampola de Amicacina existente no serviço:
 - concentração (c) = 250mg/ml
- Consultar o Guia de Preparação e Administração de Medicamentos / Bula:
 - Diluição da Amicacina:
 - 100 ou 200cc de SF ou Dxt 5%;
 - concentração entre 0,25mg/ml a 5mg/ml.

EXEMPLO PRÁTICO



- Fórmula de cálculo: $c = \frac{m}{v}$ ou $v = \frac{m}{c}$
- Menor volume de diluição = maior valor de concentração de Amicacina

$$v = \frac{750}{5} = 150\text{cc}$$

Para administrar 750mg de Amicacina o volume de diluição recomendado é 150cc de SF ou Dxt 5%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

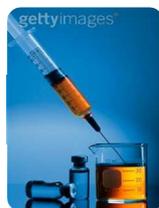
Os nossos doentes são frequentemente sujeitos a protocolos de múltiplos medicamentos e por tempo prolongado.



Quanto maior o número de fármacos administrados a um doente, maior a possibilidade de ocorrência de interações farmacológicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros são os responsáveis pela administração de terapêutica, por isso devem conhecer as compatibilidades das mesmas.



É necessário investir em estudos relativos à compatibilidade dos fármacos que nos garantam uma prática de qualidade, fundamentada em princípios teóricos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). In *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Dinis, A. P. (2010). *Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica*. Coimbra.
- Garrett, J. O., & Guimarães, S. (1997). *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas: manual de farmacologia e farmacoterapia*. (3ª ed. ed.). Porto: Porto Editora.
- Hernández, E. B., & Alvarez, S. N. (2002). Fundamentos de las interacciones farmacocinéticas. *Anal Real Acad. Nac. Farm* , 68, n°2, pp. 126-172.
- Juan, E. P., Palau, M. M., Rubert, M. J., Nicolau, B. R., & Cerdá, S. M. (2009). Perfusiones continuas de fármacos: conocemos sus compatibilidades? *Nursing* , 27, pp. 54-57.
- Ordem dos Enfermeiros. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE. *Decreto-lei n° 161/96* .
- Secoli, R. S. (set-out de 2001). Terapia Farmacológica e Enfermagem: Enfoque no Paciente em Estado Crítico. *Terapia Intensiva* , n° 17, pp. 20-25.
- Secoli, S. R. (março de 2001). Interações Medicamentosas: Fundamentos para a Prática Clínica da Enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP* , 35, n°1, pp. 28-34.
- Simposium Terapêutico. (2010). *Interações*. Lisboa: UBM Medica Portugal.
- Streetman, D. S. (fevereiro de 2000). Metabolic Basis of Drug Interactions in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly* , 22, n°4, pp. 1-13.

INTERVENÇÃO EM FARMACOCINÉTICA CLÍNICA

TERAPÊUTICA DE SUPORTE
É POSSÍVEL OPTIMIZAR?

Dra. [REDACTED]

7 DE FEVEREIRO DE 2012

TABELA DE COMPATIBILIDADES

POSOLOGIAS E MODO DE ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS POR VIA ENDOVENOSA

Antibiótico	Dose de carga	Função renal			
		Aumentada	Normal	Moderadamente reduzida	Muito reduzida
Antibióticos Tempo Dependentes					
Amoxicilina / ácido clavulânico	2.2 g (30 min)	2.2 g 8/8 h ou perfusão contínua	2.2 g 8/8 h	250 mg – 500 mg /125 12/12 h	250 mg – 500 mg /125 24/24 h
Cefepima	2 g (30 min)	4 a 6 g perfusão contínua de 24 h ou 2 g 8/8 h em perf. de 3 h	2 g 8/8 h	2 g 12/12 h	1 g 24/24 h
Ceftazidima	2 g (30 min)	4 a 6 g perfusão contínua de 24 h	2 g 8/8 h	1 g 8/8 h ou 12/12 h	0.5 g a 1 g 24/24 h
Ceftriaxona	2 g (30 min)	1-2 g 8/8 h	1 - 2 g 12/12h	1 g 12/12 h	1 g 24/24 h
Imipenem	1g (3 h)	1 g 6/6 ou 8/8 h ou perfusão contínua 3 h	1 g 6/6 ou 8/8 h	500 mg 6/6 h	500 mg 12/12 h
Meropenem	1-2 g (3 h)	1 g 8/8 h ou perfusão contínua de 6 h	1 – 2g 8/8 h	500 mg 6/6 h	500 mg 12/12 h
Piperacilina/tazobactam	4.5 g (30 min)	16/2 g perfusão contínua em 24 h ou 3.375 6/6 h em perf. de 4 h	4.5 g 6/6 h	3/0.375 g 6/6 h	2/0.25 g 6/6 h
Vancomicina	1 -1.5 g (60 min)	1g 12/12 h Perfusão Contínua (Css. entre 20 -25 µg/mL)	1g 12/12 h	500 mg 12/12 h	500 mg cada 24 h ou 72 h

ESTABILIDADE DOS ANTIBIÓTICOS À TEMPERATURA AMBIENTE

Antibiótico	Tempo de estabilidade à Temp amb < 25° C (h)	Solvente
Amoxicilina / ácido clavulânico	24 h	Reconstituição: Água para inj. Diluição: NaCl 0.9%
Cefepima	13 h	Reconstituição: Água para inj. Diluir NaCl 0.9%; Dextrose 5%
Ceftazidima	24 h	Água para inj.; NaCl 0.9%; Dextrose 5%
Ceftriaxona	24 h	Reconstituição: água para inj. Diluição: NaCl 0.9%; Dextrose 5%
Imipenem	3.3 h	NaCl 0.9%; Dextrose 5%
Meropenem	5.5	Reconstituição: água para inj. Diluição: NaCl 0.9%; Dextrose 5%
Piperacilina/tazobactam	24 h	Água para inj.; NaCl 0.9%; Dextrose 5%
Vancomicina	24 h	Reconstituição: água para inj. Diluição: NaCl 0.9%; Dextrose 5%
As soluções reconstituídas ou diluídas não devem ser misturadas com outros antibióticos; São incompatíveis com o Bicarbonato de sódio		

Review

Bench-to-bedside review: Appropriate antibiotic therapy in severe sepsis and septic shock - does the dose matter?

Federico Pea¹ and Pierluigi Viale²

¹Institute of Clinical Pharmacology & Toxicology, Department of Experimental and Clinical Pathology and Medicine, Medical School, University of Udine, 33100 Udine, Italy

²Clinic of Infectious Diseases, Department of Medical and Morphological Research, Medical School, University of Udine, 33100 Udine, Italy

Corresponding author: Federico Pea, pea.federico@aoud.sanita.fvg.it

Published: 10 June 2009
This article is online at <http://ccforum.com/content/13/3/214>
© 2009 BioMed Central Ltd

Critical Care 2009, 13:214 (doi:10.1186/cc7774)

Abstract

Appropriate antibiotic therapy in patients with severe sepsis and septic shock should mean prompt achievement and maintenance of optimal exposure at the infection site with broad-spectrum antimicrobial agents administered in a timely manner. Once the causative pathogens have been identified and tested for *in vitro* susceptibility, subsequent de-escalation of antimicrobial therapy should be applied whenever feasible. The goal of appropriate antibiotic therapy must be pursued resolutely and with continuity, in view of the ongoing explosion of antibiotic-resistant infections that

The issue of dosing is of particular relevance in patients with severe sepsis or septic shock, in whom various pathophysiological conditions may significantly alter the pharmacokinetic behaviour of drugs [6]. Importantly, pharmacokinetic studies to define drug dosages for regulatory purposes are usually carried out in healthy volunteers, who by definition are not patients. Consequently, it is not surprising that dosing regimens of several antimicrobials are expected to be significantly different in ICU patients from those suggested

Formação: Incompatibilidades farmacológicas

Recommended dosing regimens of the most frequently used renally excreted antimicrobials according to renal function

Antibiotic	Renal function			
	Increased ^a	Normal	Moderately impaired	Severely impaired
Piperacillin/tazobactam	16/2 g q24h CI [56,57] or 3.375 q6h EI over 4 hours [51]	4/0.5 g q6h	3/0.375 g q6h	2/0.25 g q6h
Cefotaxime	4 to 6 g q24h CI [14] or 2 g q4-6h	2 g q6-8h	2 g q6-8h	1 g q6-8h
Ceftazidime	4 to 6 g q24h CI [55,70]	2 g q8h	1 g q8-12h	0.5 to 1 g q24h
Cefepime	4 to 6 g q24h CI [71] or 2 g q8h EI over 3 hours [72]	2 g q8h	2 g q12h	1 g q24h
Imipenem	500 mg q4h [46] or 250 mg q3h over 3 hours CI [73]	500 mg q6h	250 mg q6h	250 mg q12h
Meropenem	1 g q6h over 6 hours CI [54]	500 mg q6h	250 mg q6h	250 mg q12h
Ertapenem	ND	1 g q24h	1 g q24h	500 mg q24h
Amikacin	20 mg/kg q24h ^b [8,76]	15 mg/kg q24h ^b	15 mg/kg q36-48h ^b	15 mg/kg q48-96h ^b
Ciprofloxacin	600 mg q12h or 400 mg q8h [77-79]	400 mg q12h	400 mg q12h	400 mg q24h
Levofloxacin	500 mg q12h [80]	750 mg q24h [37]	500 mg q24h	500 mg q48h
Vancomycin	30 mg/kg q24h CI ^b [58,61]	500 mg q6h ^b	500 mg q12h ^b	500 mg q24-72h ^b
Teicoplanin	LD 12 mg/kg q12h for 3 to 4 doses; MD 6 mg/kg q12h [81,82] ^b	LD 12 mg/kg q12h for 3 to 4 doses; MD 4 to 6 mg/kg q12h [81,83] ^b	LD 12 mg/kg q12h for 3 to 4 doses; MD 2 to 4 mg/kg q12h [81,83] ^b	LD 12 mg/kg q12h for 3 to 4 doses; MD 2 to 4 mg/kg q24h [81,83] ^b
Daptomycin	ND	6 mg/kg q24h	6 mg/kg q24h	6 mg/kg q48h

Data derived from Clinical Pharmacology, Gold Standard Multimedia [84] unless otherwise specified. ^aSuggested on the basis of some clinical and/or population pharmacokinetic studies. ^bGuided by therapeutic drug monitoring. CI, continuous infusion; EI, extended infusion; LD, loading dose; MD, maintenance dose; ND, not defined; qxh, every x hours.

Critical Care, 2009, 13; 214

Table 3. Cumulative Fraction of Response (%) of Various Standard Infusion Dosing Regimens Against Three Gram-Negative Bacteria

Antimicrobial	Dosing Regimen	<i>Escherichia coli</i>			<i>Klebsiella spp.</i>			<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		
		2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006
Cefepime	1 g every 12 h	99.9	99.1	97.3	99.3	98.5	89.8	80.9	78.8	78.9
	2 g every 12 h	100	99.6	98.4	99.8	99.2	92.6	91.1	89.1	90.0
	1 g every 6 h	100	99.7	98.8	100	99.4	93.7	94.9	93.6	94.1
Ceftazidime	2 g every 8 h	100	99.8	99.3	100	99.7	96.9	97.1	96.4	96.7
	1 g every 8 h	99.5	97.8	95.8	97.2	94.9	86.9	86.9	83.3	83.9
Ceftriaxone	2 g every 8 h	99.8	99.0	97.9	98.3	97.1	92.2	93.8	91.3	97.9
	1 g every 24 h	ND	96.7	93.0	ND	93.5	84.1	ND	ND	ND
Ciprofloxacin	2 g every 24 h	ND	97.0	93.4	ND	93.6	84.6	ND	ND	ND
	400 mg every 12 h	91.6	78.3	71.3	93.6	91.3	79.8	82.1	81.1	83.5
Ertapenem	400 mg every 8 h	92.1	78.0	71.8	95.6	92.0	80.9	65.6	65.5	67.0
	1 g every 24 h	ND	99.6	99.9	ND	98.8	89.9	ND	ND	ND
Imipenem	500 mg every 6 h	98.2	98.3	98.4	97.9	97.6	89.3	81.9	82.4	74.6
	1 g every 8 h	99.7	99.7	99.8	99.6	99.1	91.3	87.0	87.7	80.4
Levofloxacin	750 mg every 24 h	ND	78.6	72.1	ND	91.8	80.4	62.9	55.8	
Meropenem	500 mg every 6 h	100	100	100	100	99.4	90.9	89.9	87.8	83.8
	1 g every 8 h	100	100	100	100	99.4	91.2	91.7	89.7	86.7
Piperacillin-tazobactam	2 g every 8 h	100	100	100	100	99.5	93.4	94.9	94.0	92.6
	3.375 g every 6 h	96.7	97	92.9	93.9	93.7	81.1	78.3	74.1	75.7
Tigecycline	4.5 g every 6 h	97.2	97.6	94.9	95.1	94.5	83.0	82.0	77.8	79.1
	100 mg then 50 mg every 12 h	ND	ND	98.2	ND	ND	74.6	ND	ND	ND

MYSTIC = Meropenem Yearly Susceptibility Test Information Collection; ND = no data available.

Table 4. Cumulative Fraction of Response of Various Prolonged Infusion Dosing Regimens Against Three Gram-Negative Bacilli

Antibiotic	Regimen	<i>Escherichia coli</i>			<i>Klebsiella spp.</i>			<i>Pseudomonas aeruginosa</i>		
		2002	2004	2006	2002	2004	2006	2002	2004	2006
Cefepime	2 g every 8 h (3 h PI)	100	99.9	99.5	100	99.8	97.0	98.0	97.7	97.8
Ceftazidime	2 g every 8 h (3 h PI)	99.9	99.9	98.1	99.2	98.0	86.0	87.2	80.2	86.3
Imipenem	1 g every 8 h (3 h PI)	100	100	100	100	99.5	93.4	92.3	93.9	88.6
Meropenem	1 g every 8 h (3 h PI)	100	100	100	100	99.5	91.8	95.0	93.2	94.8
Piperacillin-tazobactam	2 g every 8 h (3 h PI)	100	100	100	100	99.5	95.8	96.8	97.0	96.6
	3.375 mg every 8 h (4 h PI)	98.1	98.4	96.6	96.6	96.6	84.7	85.1	80.5	81.3
tazobactam	4.5 mg every 6 h (3 h PI)	98.2	98.7	97.6	97.2	96.0	85.6	89.2	84.8	85.6

TDM

APLICAÇÃO À VANCOMICINA

VANCOMICINA

Indicação:

- Infecções por MRSA e enterococcus resistentes à ampicilina
- Antibiótico tempo dependente

PK/PD

- $AUC / MIC \geq 400$
- $T > MIC$ 4- 5 vezes MIC

Therapeutic monitoring of vancomycin in adult patients: A consensus review of the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists

MICHAEL RYBAK, BEN LOMAESTRO, JOHN C. ROTSCHAFER, ROBERT MOELLERER JR., WILLIAM CRAIG, MARIANNE BILLETER, JOSEPH R. DALOVISIO, AND DONALD P. LEVINE

Am J Health-Syst Pharm. 2009; 66:82-98

Vancomycin is a glycopeptide antibiotic that has been in clinical use for nearly 50 years as a penicillin alternative to treat penicillinase-producing strains of *Staphylococcus aureus*. It is one of the most widely used antibiotics in the United States for the treatment of serious gram-positive infections involving methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA).¹ Early use of vancomycin was associated with a number of

adverse effects, including infusion-related toxicities, nephrotoxicity, and possible ototoxicity. Upon further investigation, it appears that the impurities in early formulations of vancomycin caused many of these adverse events.¹⁻⁴ Its overall use was curtailed significantly with the development of semisynthetic penicillins (e.g., methicillin, oxacillin, nafcillin) that were considered less toxic.¹⁻⁴ However, the steady rise in the number of MRSA in-

fections since the early 1980s has once again brought vancomycin into the forefront as the primary treatment for infections caused by this organism.

Over the years, vancomycin has been one of the most studied antibiotics. Extensive pharmacokinetic studies in a variety of patient populations and the availability of commercial drug assays have allowed clinicians to target serum vancomycin concentrations precisely in a relatively nar-

MICHAEL RYBAK, PHARM.D., M.P.H. is Professor of Pharmacy and Medicine, and Director, Anti-Infective Research Laboratory, Eugene Applebaum College of Pharmacy and Health Science, Wayne State University (WSU), Detroit, MI. BEN LOMAESTRO, PHARM.D., is Senior Clinical Pharmacy Specialist in Infectious Diseases, Albany Medical

Las N. Fish, Pharm.D., FCCP, FCCM, BCPS; William L. Greene, B.S., Pharm.D., BCPS, FASHP; David J. Ritchie, Pharm.D., FCCP, BCPS; Annette M. Rowden, Pharm.D., BCPS; Lynda J. Thompson, Pharm.D.; and Michael A. Wynd, Pharm.D., BCPS.
Developed through the ASHP Council on Therapeutics and an-

VANCOMICINA

Margem terapêutica recomendada:

Perfusão Intermitente

o Infecções graves:

(Meningite; osteomielite; sepsis, pneumonia nosocomial)

Cmin: 15 - 20 mg/L

o Infecções não complicadas:

(MIC <1 µg/mL)

Cmin: 10 - 15 mg/L

Perfusão Contínua:

Cmin: 20 - 25 µg/mL

Am J Health-Syst Pharm. 2009; 66:82-98

VANCOMICINA

Posologia inicial

Administração Intermitente

- Infecções não complicadas: 15 – 20 mg/kg
- Infecções complicadas: 25 – 30 mg/kg

Perfusão contínua

- Dose de carga: 15 mg/kg (60 -120 min)
- Dose de Manutenção: 30 mg/kg/Dia
- No cálculo da dose usar peso total
- A primeira dose é estabelecida de forma independente da função renal
- A dose de manutenção é ajustada de acordo com TDM, função renal e gravidade da patologia

Am J Health-Syst Pharm. 2009; 66:82-98

VANCOMICINA

Posologia inicial

- Doentes Insuficientes renais, anúricos, não submetidos a diálise: 15 – 20 mg/kg
- TDM após 2 - 3 dias
- Doentes Insuficientes renais, em diálise ou em diálise peritoneal: 15 – 20 mg/kg
- TDM antes da sessão diálise seguinte
- Doentes Insuficientes renais, submetidos a PRISMA: 15 – 20 mg/kg
- TDM 24 horas após o início da terapêutica

Am J Health-Syst Pharm. 2009; 66:82-98

VANCOMICINA

COLHEITA DE AMOSTRAS PARA DOSEAMENTO

Nas primeiras 24 h

- Em vale (em fase de manutenção – Adm. intermitente)
- A qualquer hora (adm. Perf. contínua)
- Se alteração da função renal
- Se existir factor de risco para alteração da Cl ou Vd

VANCOMICINA

NEFROTOXICIDADE

- Não foi evidenciada relação de causalidade entre concentrações elevadas de vancomicina e o desenvolvimento de nefrotoxicidade.

Arch Intern Med. 2006; 166:2138-2144

- Estudo Prospectivo (n=95), desenvolveram nefrotoxicidade 11,6% dos doentes (n=11); Destes, apenas 2% não fez fármacos nefrotóxicos concomitantemente.

Am J Med. 2010; 123.

TDM

APLICAÇÃO AOS AMINOGLICOSIDOS

AMINOGLICOSIDOS

Atividade bactericida dependente da concentração:

Indicadores farmacodinâmicos:

- $C_{\text{máx}} / \text{MIC}_{90} > 10-12$
- $\text{AUC}_{24\text{H}} / \text{MIC}_{90} > 125$
- $C_{\text{máx}} > 8 \mu\text{g/mL}$

Petrosillo N. et al. *Minerva Anestesiol* 2010; 26:508-523
Pea F. et al. *Clin Pharmacokinet* 2005; 44(10):1009-1034.

AMINOGLICOSIDOS

Vantagens da administração dose única diária vs intermitente:

- Eficácia superior
- Menor nefrotoxicidade
- Efeito pós-antibiótico prolongado (dependente da concentração)
- ↓ Resistência adaptativa
- Variabilidade farmacocinética
- Alterações na função renal ($t_{1/2}$)
- Administração concomitante de fármacos nefrotóxicos

Monitorização níveis séricos

Rodman P. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51:2016-2021.
Rodman J.H. *Applied Pharmacokinetics* 2006;(16):342-351

AMINOGLICOSIDOS

AMICACINA - ADMINISTRAÇÃO EM DOSE ÚNICA DIÁRIA

- Posologia Inicial: 20 – 30 mg/Kg/d
- A dose inicial deve ser estimada de forma independente da função renal
- Cálculo da dose com base no peso ideal
- Administração em 30 minutos
- A dose de manutenção deve ser ajustada na insuficiência renal

Rodman J.H. *Applied Pharmacokinetics*: 2006;(16):342-351

AMINOGLICOSIDOS

Doente obeso: Considerar ajustado - peso ideal (PI) mais 40% da diferença entre o peso real e o ideal

$$\text{PESO AJUSTADO} = \text{PI} + 0,4 * (\text{PESO TOTAL} - \text{PI})$$

- o Mulheres, Peso ideal (kg) = 45 (kg) + [0.91 Kg × (altura (cm) - 152)]
- o Homens, Peso ideal (kg) = 50 (kg) + [0.91 Kg × (altura (cm) - 152)]

AMINOGLICOSIDOS

COLHEITA DE AMOSTRAS PARA DOSEAMENTO

Esquema de dose única diária:

- Após a 1^a administração
- 6 - 14 h após a administração (em fase de manutenção)
- Se alteração da função renal
- Se existir factor de risco para alteração da Cl ou Vd

AMINOGLICOSIDOS - MARGEM TERAPÊUTICA

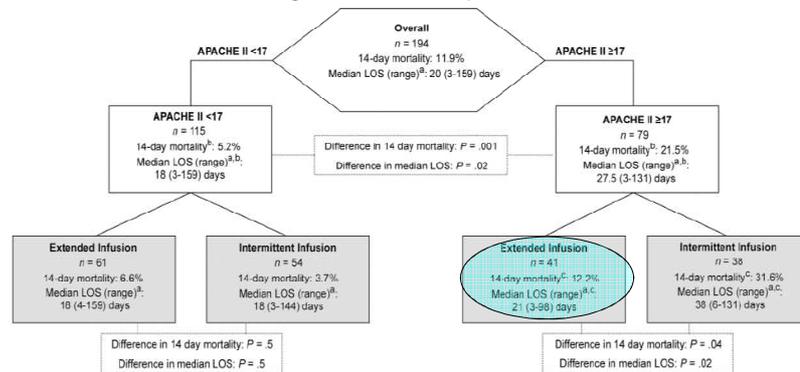
Adaptado de Maire P.H., 1994 e de Burton M., 2006

	INFECCÃO		
	Ligeira	MODERADA	GRAVE
<i>Estratégia posológica em doses múltiplas</i>			
Gentamicina, tobramicina	netilmicina,		
C_{max} (mg/L)	6	8	10
C_{min} (mg/L)	≤ 1	≤ 2	≤ 2
Amicacina			
C_{max} (mg/L)	20	25	30
C_{min} (mg/L)	≤ 3	≤ 4	≤ 10
	INFECCÃO		
	LIGEIRA	MODERADA	GRAVE
<i>Estratégia posológica em dose única diária</i>			
Gentamicina, netilmicina, tobramicina			
C_{max} (mg/L)	12	14	< 25
C_{min} (mg/L)	< 1	< 1	< 1
Amicacina			
C_{max} (mg/L)	40	50	65
C_{min} (mg/L)	< 1	< 1	< 1

Piperacillin-Tazobactam for *Pseudomonas aeruginosa* Infection: Clinical Implications of an Extended-Infusion Dosing Strategy

Thomas P. Lodise, Jr.^{1,2} Ben Lomaestro,³ and George L. Drusano⁴

Tazobac 4. 5g X 4; 30 min vs perfusão 4 horas



Included if: non neutropenic, TAZ > 2 days, isolation of sensitive *P aeruginosa*
 No dif between groups for age, chronic diseases, APACHEII, use of AG(24%), duration of therapy (8 dys)
 Clinical Infectious Diseases 2007; 44:357-63

OPTIMIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA

- Erradicação mais rápida do agente infeccioso;
- Cura da infecção;
- Tratamento do doente em segurança;
- Prevenção de resistências;
- Terapêutica custo-efectiva.

“A penicilina cura os homens, mas é o vinho que os torna felizes”

Alexander Fleming

ANEXO VII

Tabela de compatibilidades

Compatibilidade IV na Administração em Y

	ALBUMINA	AMIODARONA	ATROPINA	BICARBONATO SÓDIO	DIAZEPAM	CLORETO POTÁSSIO	DOBUTAMINA (cloridrato)	DOPAMINA (cloridrato)	EPINEFRINA	FENITOÍNA	FENTANILO	FUROSEMIDA	FOSFATO POTÁSSIO	HALOPERIDOL	HEPARINA	INSULINA (Neutra)	ISOPRENALINA (cloridrato)	DIN. ISOSSORBIDO	SULF. MAGNÉSIO	MIDAZOLAM	MORFINA (Cloridrato)	PANCURÔNIO	PANTOPRAZOL	PROPOFOL	REMIFENTANILO	SOMATOSTATINA	VALPROATO SÓDIO	VECURÔNIO		
ALBUMINA																					Ic									
AMIODARONA			C	Ic	C	C	C	C	C	C	C	a)	Ic	C	Ic	b)	C		e)	C	C	C	?						C	
ATROPINA		C		C	Ic	C	C	C	C	Ic	C	C		?	C	C	C			C	C	C		?					C	
BICARBONATO SÓDIO		Ic	C		Ic	C	Ic	v)	Ic	Ic	C	Ic		Ic	C	C	Ic			C	Ic	C	C	C	C				C	
DIAZEPAM			Ic	Ic		Ic	d)	Ic	Ic	Ic	e)	Ic		Ic	Ic	Ic	Ic			Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	f)				Ic	
CLORETO POTÁSSIO		C	C	C	Ic		C	C	C	Ic	C	C		Ic	C	C	C			C	C		C	C	C				C	
DOBUTAMINA (cloridrato)		C	C	Ic	d)	C		C	C	Ic	C	g)		h)	i)	j)	C			C	l)	C	Ic	C	C				C	
DOPAMINA (cloridrato)		C	C	v)	Ic	C		C	C	Ic	C	Ic		g)	h)	k)	C			C	C	C	C	C	C				C	
EPINEFRINA		C	C	Ic	Ic	C	C	C		Ic	C	C		m)	n)	C				C	C	C	C	C	C				C	
FENITOÍNA			Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic	Ic		Ic	Ic		Ic	Ic	Ic	Ic			Ic	Ic	Ic	Ic	Ic					C	
FENTANILO		C	C	C	e)	C	C	C	C	Ic		C		o)	C	C	C			C	C	C	C	Ic	C				C	
FUROSEMIDA		a)	C	C	Ic	C	g)	Ic	C	Ic	C			Ic	q)	r)	s)		t)	Ic	Ic	Ic	C	C	C				Ic	
FOSFATO POTÁSSIO		Ic																					C	Ic					C	
HALOPERIDOL		C	?	Ic	Ic	Ic	h)	g)	m)	Ic	o)	Ic			Ic	p)	w)			Ic	z)	C	C	Ic	C				C	
HEPARINA		Ic	C	C	Ic	C	i)	C	C	Ic	C	q)		Ic		x)	C	?		C	C		C	C	C				C	
INSULINA (Neutra)		b)	C	C	Ic	C	j)	k)	n)	Ic	C	r)		p)	x)		Ic			C	aa)	C	C	C	C				C	
ISOPRENALINA (cloridrato)		C	C	Ic	Ic	C	C	C	C	Ic	C	s)		w)	C	Ic				C	C		C	C	C				C	
DIN. ISOSSORBIDO															?															
SULF. MAGNÉSIO		e)	C	C	Ic	C	C	C	C	Ic	C	t)		Ic	C	C	C				C		C	C	C				C	
MIDAZOLAM		Ic	C	C	Ic	Ic	C	l)	C	C	Ic	C		z)	C	aa)	C			C		C	C	Ic	u)				C	
MORFINA (cloridrato)		C																												
PANCURÔNIO				C	Ic	C	C	C	C	Ic	C	Ic	C	C	C	C	C			C	C			Ic	C				C	
PANTOPRAZOL		?		C	Ic	C	Ic	C	C	Ic	Ic	C	Ic	Ic	C	C	C			C	Ic	Ic			Ic				Ic	
PROPOFOL			?	C	Ic	C	C	C	C	Ic	C	C		C	C	C	C			C	u)								C	
REMIFENTANILO				C	f)	C	C	C	C		C	C		C	C					C	C		C	Ic	Ic				C	
SOMATOSTATINA																														
VALPROATO SÓDIO																														
VECURÔNIO		C		C	Ic	C	C	C	C	Ic	C	Ic	C	C	C	C	C			C	C		Ic	C	C					

Legenda:

C - Compatível | Ic - Incompatível | / - não testado | a), b) ... i) - compatibilidade variável (depende das condições) | ? - compatibilidade duvidosa

Condições de compatibilidade na administração em Y

- a)
Medicamento 1 ▶ amiodarona (cloreto) 6 mg/ml em dextrose 5% | **Medicamento 2** ▶ furosemida 1 mg/ml em dextrose 5% | Duração do Estudo: 24 horas
- b)
Medicamento 1 ▶ amiodarona (cloreto) 15 mg/ml em dextrose 5% | **Medicamento 2** ▶ insulina neutra 1 UI/ml em dextrose 5% | Duração do Estudo: 24 horas
- c)
Medicamento 1 ▶ amiodarona (cloreto) 6 mg/ml em dextrose 5% | **Medicamento 2** ▶ sulfato de magnésio 20 mg/ml em dextrose 5% | Duração do Estudo: 24 horas
- d)
Medicamento 1 ▶ diazepam 0,2 mg/ml em dextrose 5% | **Medicamento 2** ▶ dobutamina (cloreto) 4 mg/ml em dextrose 5% | Duração do Estudo: 3 horas
Medicamento 1 ▶ diazepam 0,2 mg/ml em cloreto de sódio 0,9% | **Medicamento 2** ▶ dobutamina (cloreto) 4 mg/ml em cloreto de sódio 0,9% | Duração do Estudo: 3 horas
- e)
Medicamento 1 ▶ diazepam 0,5 mg/ml em dextrose 5% | **Medicamento 2** ▶ fentanilo (citrato) 0,025 mg/ml em dextrose 5% | Duração do Estudo: 48 horas
- f)
Medicamento 1 ▶ diazepam 0,25 mg/ml em dextrose 5% | **Medicamento 2** ▶ remifentanilo (cloreto) 0,25 mg/ml em cloreto de sódio 0,9% | Duração do Estudo: 4 horas
- g)
Medicamento 1 ▶ dobutamina (cloreto) 4 mg/ml em cloreto de sódio 0,9% | **Medicamento 2** ▶ furosemida 1 mg/ml em cloreto de sódio 0,9% | Duração do Estudo: 3 horas
- h)
Medicamento 1 ▶ dobutamina (cloreto) 4 mg/ml em dextrose 5% | **Medicamento 2** ▶ haloperidol (lactato) 0,5 mg/ml em dextrose 5% | Duração do Estudo: 24 horas
Medicamento 1 ▶ dobutamina (cloreto) 4 mg/ml em cloreto de sódio 0,9% | **Medicamento 2** ▶ haloperidol (lactato) 5 mg/ml não diluído | Duração do Estudo: 24 horas
- i)
Medicamento 1 ▶ dobutamina (cloreto) 6,25 mg/ml em cloreto de sódio 0,9% | **Medicamento 2** ▶ heparina sódica 160 UI/ml em cloreto de sódio 0,9% | Duração do Estudo: 4 horas

ANEXO VIII

Tabela de diluições

TABELA DE DILUIÇÕES

		Aciclovir	Amicacina	Amox. + Ác.Clav	Ampicilina	Anfotericina B	Azitromicina	Caspofungina	Cefepima	Ceftazidima	Ceftriaxona	Ciclosporina	Colistina	Cotrimoxazol	Daptomicina	Eritromicina	Filgastrim	Flucloxacilina	Foscarnet	Ganciclovir	Lenogastin	Piper. / tazobac	Meropenem	Micof. de mofetil	Sulbactam	Teicoplanina	Vancomicina	Voriconazol						
Reconstituição				1,2 gr 20cc H ₂ O (1)	5cc H ₂ O	50mg 12cc H ₂ O	4,8cc H ₂ O	10,5cc H ₂ O	1gr 10cc H ₂ O (1)	1e 2gr 10cc H ₂ O SF Dx5%	1gr 10cc 2gr 20cc H ₂ O (1)		2cc H ₂ O SF (2)		350mg 7 cc 500mg 10cc SF	20cc H ₂ O		2-10cc H ₂ O		10cc H ₂ O	1cc H ₂ O	2,25gr 10cc 4,5gr 20cc H ₂ O SF Dx5%	(1)	20cc H ₂ O (1)	500mg 14cc Dx5%	10cc H ₂ O SF	3cc H ₂ O	500mg 10cc 1gr 20cc H ₂ O (1)	19cc H ₂ O					
Diluição	50 cc H ₂ O																					X												
	50 cc Dxt 5%							X		X	X		X				X						X											
	100 cc Dxt 5%		<500 mg							X	X	X	X	1f 125cc			X	X		X	X		X		500mg	X	X	<500 mg		X				
	250 cc Dxt 5%		>500 mg			X	X							2f											1gr 140cc			>500 mg						
	500 cc Dxt 5%													3f					X															
	50 cc SF				X				X	X	X	X	X		X								X	X					X					
	100 cc SF	<500 mg	<500 mg	X		X					X	X	X	1f 125cc				X		X	X			X		X	X	<500 mg		X				
	250 cc SF	>500 mg	>500 mg				X	X						2f		X												>500 mg						
	500 cc SF													3f					X															
Tempo de perfusão		≥1h	30-60'	30-60'	P.C.	30-60'	30-60' (máx. 2h)	>1h	30-60'	30'	3h ou P.C.	30-60'	30'	P.C.	2-6h	≥30'	60-90'	30'	30-60'	30'	30'	60-120'	60'	30'	20-30'	3h ou P.C.	30'	3-6h	2h	15-30'	30'	>1h	P.C.	1h

(1) Diluição e tempos de perfusão para antibióticos tempo dependentes em situações de função renal aumentada

(2) Cotrimoxazol – se restrição hídrica pode diluir-se uma ampola em 75cc de Dxt 5% e administrar-se num período < 1 hora

ANEXO IX

Material para transporte intra-hospitalar

1. LISTAGEM FARMACOLÓGICA

FÁRMACOS	QUANTIDADE
Adrenalina 1mg/ml amp Inj	6
Atropina 0,5 mg/1ml amp Inj	6
Bicarbonato de sódio 8,4% 100 ml frs Inj	1
Cloreto de Sódio 0,9% 10 ml amp Inj	2
Diazepam 10 mg/2 ml amp Inj	1
Midazolam 15 mg/3 ml amp Inj	4
Propofol Sol Inj 10 mg/ml amp 20 ml	1

Nota: Devem ser adicionados os fármacos que o doente tem prescrito ou seja previsível a sua administração durante o transporte e que não constem desta listagem

2. LISTAGEM MATERIAL E EQUIPAMENTOS

VIA AÉREA	QUANTIDADE
Condutor de entubação adulto	1
Filtro para ambú/ventilador adulto	1
Fita de nastro	1
Insuflador manual adulto	1
Lâminas de laringoscópio n.º 2 ,3, 4	1 de cada
Laringoscópio de fibra óptica	1
Máscara alta concentração de oxigénio adulto	1
Máscara Laringea i.Gel n.º 3, 4 e 5	1
Máscara para administração de oxigénio adulto	1
Máscara para insuflador manual n.º 2 ,3 ,4 ,5	1 de cada

Material para transporte intra-hospitalar

VIA AÉREA	QUANTIDADE
Óculos para administração de oxigénio adulto	1
Pilhas LR14	2
Pinça de Maguill adulto	1
Traqueias descartáveis	1
Tubo nasofaríngeo n.º 28, 30	1 de cada
Tubos orofaríngeos n.º 2, 3, 4	1 de cada
Tubos traqueais com cuff 5,5, 6, 6,5, 7, 7,5, 8, 8,5	1 de cada
Válvula de Peep para Ambú	1

Equipamento	Quantidade
Estetoscópio	1

Material comum	Quantidade
Adesivo 2,5 cm	1 rolo
Agulhas EV, IM e SC	6 de cada
Par de luvas limpas S, M e L	4 de cada
Saco colector de urina	5
Seringas 2, 5, 10 e 20 cc	2 de cada
Torneiras de 3 vias	2
Válvula de transporte para drenagem torácica	2

ANEXO X

Poster

Da evidência científica à tomada de decisão: monitorizar a dor no doente inconsciente

Telma Lopes * | ██████████ **

No contexto da realização do projeto de estágio inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica constata-se que a dor nem sempre é avaliada e /ou justamente considerada no contexto da prestação de cuidados, sobretudo no doente inconsciente.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) assinalam-se pela monitorização contínua, sofisticada intervenção terapêutica/tecnológica, recursos humanos especializados e gravidade do estado clínico dos doentes. A maioria dos doentes nas UCI experiencia dor, associada à doença e a todo um conjunto de procedimentos clínicos. Não é considerada uma prioridade, no entanto, é identificada como um fator de agravamento do estado clínico do doente (Odhner et al, 2003). O seu controlo só pode ser alcançado com uma avaliação regular e sistemática, escolhendo os instrumentos de avaliação adequados à situação clínica de cada doente (OE, 2008).

Existem várias escalas para a avaliação da dor no doente crítico inconsciente. Segundo Li e colegas (2008) não se pode afirmar que exista uma escala totalmente válida, fidedigna e de referência, sugerindo que sejam submetidas a uma avaliação psicométrica rigorosa para serem consideradas ferramentas sólidas. A avaliação da dor em doentes inconscientes constitui um grande desafio (Puntillo et al, 2009).

Objetivos

- Atualizar o conhecimento científico sobre os procedimentos de avaliação da dor no doente crítico inconsciente.
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados em contexto de UCI.

Material e Métodos

- Pesquisa concertada de trabalhos indexados nas bases de dados EBSCO, e outros trabalhos que pela relevância dos autores merecem particular atenção.
- Observação e colheita de dados do contexto clínico.

Resultados

Procedimentos de avaliação da dor	
Doente Consciente	Doente Inconsciente
• Autoavaliação "Gold Standard"	• Observação comportamental • Observação da família
Eliminar/ prevenir causas potenciais de dor Titular analgesia Reavaliar	

Behavioral Pain Scale (BPS)

Expressão facial	0
Relaxada	1
Ligeiramente contraída (ex. sobrancelhas arqueadas)	2
Contração franca (ex. pálpebras cerradas)	3
Fácies de dor	4
Membros superiores/inferiores	0
Sem movimento	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados ou cerrados	3
Totalmente contraídos ou rígidos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado, com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/bloqueio ventilatório frequente	3
Bloqueio ventilatório constante	4

- Selecionar um item de cada indicador, ao qual corresponderá uma pontuação entre 1 (sem resposta) e 4 (maior resposta);
- O resultado da intensidade da dor corresponde à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa);
- Avaliação com pontuações ≥ 4 (Ex: 2.11) implica ajuste terapêutico com aumento analgésico.

Projetos no âmbito da avaliação da dor

Plano Nacional de Avaliação da Dor (Projeto da SPCI - GAD)	"A Dor como 5º Sinal Vital" ██████████
---	---

Diagnóstico da situação

A dor não está a ser gerida de forma adequada nos doentes inconscientes, sedados e ventilados em contexto de UCI a nível nacional.

Das 9 UCI do ██████████ apenas 3 utilizam escalas de avaliação da dor adequadas a doentes inconscientes, sedados e ventilados.

Objetivos

Designar uma escala comportamental para a avaliação da dor em doentes sedados que não comunicam, a adotar pelas UCI portuguesas.

Implementar a avaliação e registo da dor, como 5º sinal vital, de forma sistemática a todos os doentes internados nos diferentes serviços.

Escala recomendada para o Doente Inconsciente

Escala Comportamental da dor
Adaptada da Behavioral Pain Scale de Payen et al 2001

Conclusão

Os enfermeiros devem desenvolver competências no âmbito da avaliação da dor privilegiando a autoavaliação. Em contexto de UCI, perante doentes inconscientes a dor deve ser avaliada com recurso à observação comportamental e a informações obtidas pelos familiares do doente. A BPS é uma das escala de avaliação da dor, constituída por 3 indicadores comportamentais, que demonstra maior evidência científica de validade e confiabilidade, é também recomendada por 2 projetos de referência no âmbito da avaliação da dor que estão atualmente em curso.

As organizações de saúde devem realizar estudos no sentido de uma tomada de decisão sustentada na evidência científica produzida para escolher os instrumentos de avaliação da dor que melhor se adequam à sua realidade.

Bibliografia

- GAD-SPCI (12 de setembro de 2011) Apresentação do PNAID. Obtido em 1 de dezembro de 2011, de Grupo de avaliação da dor: <http://gad-spici.blogspot.com>.
- Li, D., Puntillo, K., & Miszkowski, C. (Janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9, nº 1, pp. 2-10.
- Odhner, M., Wegman, D., Friedland, N., Steiner, A., & Ingersoll, G. L. (nov./dez. de 2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimens Critical Care Nurs*, pp. 260-267.
- OE (2008). *Guia de Orientação de boa prática (Cadernos de prática dos enfermeiros, série 1, nº1)*.
- Payen, J-F., Bru, O., Bossen, J-L., Lagrasta, A., Naveil, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*.
- Puntillo, K., Pasero, C., Li, D., Mularski, R. A., Grop, M. J., Erstad, B. L., et al. (2009). Evaluation of pain in ICU patients. *Contemporary reviews in critical care medicine*, pp. 1069-1074.

Lisboa, 19 de janeiro de 2012

ANEXO XI

Protocolo de heparinização

PROTOCOLO DE HEPARINIZAÇÃO

Destinatários: Enfermeiros

Objetivos:

- Prevenir Infeções;
- Prevenir formação de coágulos e consequente obstrução do Cateter Venoso Central (CVC);
- Uniformizar procedimentos de heparinização no serviço;

1. Heparinização de CVC

Material Necessário:

- Solução de Clorhexidina 2% ou Alcool Etílico 70%;
- Máscara facial;
- Luvas estéreis;
- Compressas estéreis;
- 1 seringa de 10cc, por cada lúmen a lavar;
- 2 seringas de 2cc, uma para aspirar, outra para heparinizar;
- Agulhas EV;
- 1 ampola de 10cc de NaCl 0,9% (SF), por cada lúmen a heparinizar;
- 1 ampola de *Fibrilin®*;
- 1 Tampa de cateter por cada lumén.

Heparinização de CVC

Procedimento	Justificação
1- Lavagem das mãos e/ou utilização de soluto anti-séptico	Prevenir e controlar infeções
2- Utilização de máscara facial	Prevenir e controlar infeções
3- Preparação do material necessário	Rentabilizar o tempo; Prevenir e controlar infeções

3- Utilização de luvas estéreis ou compressa estéril com álcool etílico 70%	Prevenir e controlar infeções
4- Utilização de técnica asséptica durante o procedimento	Prevenir e controlar infeções
5- Desinfeção do exterior do(s) lúmen(s) com solução de Clorohexidina 2%	Prevenir e controlar infeções
6- Clampar o lúmen	Prevenir entrada de ar e saída de sangue
7- Adaptar seringa de 2cc, desclampar o lúmen e aspirar 2cc de sangue	Verificar a permeabilidade do lúmen; Retirar solução com heparina anterior
8- Adaptar seringa com 10cc de SF e lavar o lúmen.	Permitir lavar o sangue que fica no lúmen; Permitir uma consequente heparinização mais eficaz
9- Administrar 1cc de <i>Fibrilin</i> ® em cada lúmen a heparinizar	Injetar apenas o volume suficiente para preencher o lúmen Evitar a introdução excessiva de heparina no organismo
10- Clampar cada lúmen e colocar a tampa nova	Evitar acidentes; Prevenir e controlar infeções

Considerações:

- O *Fibrilin*® é uma solução diluída de Heparina Sódica, correspondendo a uma concentração de 20U.I./ml de Heparina;
- A utilização do *Fibrilin*® diminui o nº de manipulações, comparativamente à heparinização anteriormente utilizada na diluição com SF, pelo que reduz o risco de contaminação e infeção;
- Cada frasco é trocado a cada 24h, correspondendo 1 frasco por cada quarto/sala;

- O Fibrilin® pode permanecer em cada lúmen 7 dias; (num máximo extremo de 10 dias em situações especiais) [Informação fornecida pelo laboratório]
- A quantidade de Fibrilin® deverá ser ligeiramente superior à capacidade do lúmen a heparinizar, de modo a evitar a diluição do Fibrilin® com o SF da lavagem anterior, pois assim temos a certeza que a concentração desta heparina unidose é a mesma em toda a extensão do lúmen.
- A utilização de Bionecteur® não garante a permeabilidade do lúmen, pois não contém heparina, é uma válvula anti-retorno que cria uma pressão positiva no lúmen evitando o refluxo de sangue o que previne a formação de coágulos e de fibrina. [Informação fornecida pelo laboratório]
- Se o lúmen não reflui não se deve lavar o lúmen com SF, pois podemos deslocar um coágulo/trombo. Realizar manobras que possam resolver essa situação, tais como:
 - posicionar o doente;
 - mudar o decúbito;
 - dizer ao doente para realizar inspirações e expirações profundas;
 - dizer ao doente para tossir;
 - manobra de valsava.
- De acordo com a Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar (CCIH) um estudo realizado em 7 serviços do hospital revelou que durante o ano 2006, os CVC são os principais responsáveis pela infeção nosocomial a nível da corrente sanguínea, tendo sido a porta de entrada confirmada em cerca de 62,1% dos casos;
- Cada tipo de CVC tem lúmens de vários calibres e consoante cada lúmen assim será a heparinização de cada um, pelo que a tabela seguinte informa a quantidade de Fibrilin® a usar em cada tipo de CVC:

Tipos de CVC	Dose de Heparina 20 U.I./ml (FIBRILIN®)
CVC não tunelizado	1 ml = 20 U.I.
CVC de Alto Débito (hemodiálise)	1,5 ml = 30 U.I.
CVC tunelizado	1,5 ml = 30 U.I.
CVC subcutâneo adulto	3 ml = 60 U.I.
CVC subcutâneo pediátrico	2,5 ml = 50 U.I.

2. Heparinização de Cateteres Venosos Periféricos (CVP)

- Se o CVP tiver um prolongamento, este deve ser lavado com 10cc de SF e administrar a dose de Fibrilin® correspondente à capacidade do prolongamento. Utilizar prioritariamente um prolongamento de 25 cm que corresponde 2,5cc.
- Se o CVP for apenas para colheita de sangue, este não dispensa a lavagem com SF, administrar 0,5 cc de Fibrilin® e adaptar um Bionecteur®.
- Para utilizar um Bionecteur®, este deve ser desinfetado com Solução de Clorohexidina 2%, devem ser aspirados 5 cc de sangue e lavagem com 5cc de SF, para posterior utilização ou heparinização.
- Ter em atenção que o Bionecteur® é um acessório de cateterismo que funciona em sistema fechado que não pode ser picado com agulhas e que permite recolha, injeção e perfusão.

3. Referências Bibliográficas

- Banha, Filipa; Vivas, Pedro; Pires, Rosália. (maio 2009). Heparinização de cateteres. *Nursing*. Lisboa, nº 245.
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do (████████████████████) (2006) Profilaxia da Infecção Associada a Acessos Intravasculares. Norma nº 10.
- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar do Centro Hospitalar (████████████████████) (janeiro a março de 2008) Vigilância Epidemiológica das Infecções da Corrente Sanguínea Nosocomial. Boletim trimestral.

ANEXO XII

Estudo de caso II

ESTUDO DE CASO

TELMA MARGARIDA COELHO LOPES, Nº 3842

LISBOA

JANEIRO DE 2012

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

ESTUDO DE CASO

TELMA MARGARIDA COELHO LOPES, Nº 3842

LISBOA

JANEIRO DE 2012

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	5
ÍNDICE DE QUADROS.....	5
INTRODUÇÃO	6
1.EXPOSIÇÃO DO CASO.....	7
2.FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS.....	9
3.ANÁLISE DO CASO SEGUNDO O QUADRO CONCEPTUAL DE BENNER.....	18
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
BIBLIOGRAFIA	22
Anexo I - Tratamento de Leucémia Linfoblástica Aguda do Adulto.....	25
Anexo II - Protocolo de Condicionamento	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Alo -TMO – Transplante de Medula Óssea - Alogénico

BH – Balanço Hídrico

bpm – batimentos por minuto

BPS – Behavioral Pain Scale

cc – centímetro cúbico

cc/h – centímetro cúbico por hora

CE – Concentrado de Eritrocitos

CP – Concentrado de Plaquetas

CVC – Cateter Venoso Central

EB – Excesso de bases

EN – Escala Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

Fc – Frequência cardíaca

FiO₂ – Fração inspirada de oxigênio

Fr – Frequência respiratória

GAD – Grupo de Avaliação da Dor

GCS – Glasgow Coma Scale

gr – grama

gr/dl – grama por decilitro

GVHD – Graft Versus Host Disease

h – hora

H₂O – água

HCO₃⁻ – íon de bicarbonato

IASP – International Association for the Study of Pain

L – Litro

LLA – Leucemia Linfoblástica Aguda

MG – Mielograma

mg – miligrama

mg/dl – miligrama por decilitro

ml/Kg/h – mililitro por quilograma por hora

mm³ – mil milímetros cúbicos

mmHg – milímetro de mercúrio

mmol/L – milimol por litro

O₂ – Oxigênio

°C – grau Celsius

PaCO₂ – Pressão arterial dióxido de carbono

PAM – Pressão Arterial Média

PaO₂ – Pressão arterial de oxigénio

PAs – Pressão Arterial sistólica

PBSC – Peripheral Blood Progenitor Cell

PEEP – Pressão Final Expiratória Positiva

PNAD – Plano Nacional de Avaliação da Dor

RC – Remissão Completa

rpm – respirações por minuto

SaO₂ – Saturação arterial da Oxiemoglobina

SatO₂ – Saturação de Oxigénio

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SRIS – Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica

SvO₂ – Saturação venosa mista de oxigénio

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VC – Volume Controlado

VMK – VentiMask

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Avaliação da dor com a EN.....	9
Quadro 2 - Parâmetros laboratoriais.....	10
Quadro 3 - Avaliação da dor com a BPS sem esquema de sedoanalgesia.....	15
Quadro 4 - Avaliação da dor com a BPS com esquema de sedoanalgesia.....	16
Quadro 5 - Terapêutica prescrita.....	17

INTRODUÇÃO

No âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar o seguinte Estudo de Caso, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que está a decorrer numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um Centro Hospitalar da região de Lisboa.

O estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social, que pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização (Fortin, 2009). Neste estudo de caso tenho como objetivo utilizar o quadro conceptual de Benner para examinar de forma detalhada uma doente internada, à qual tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem. O intuito deste trabalho é fundamentar os cuidados prestados e assim desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação da dor no doente crítico inconsciente e consequentemente desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

Este estudo de caso será constituído pela exposição do caso clínico com a respetiva colheita de dados; pela fundamentação teórica dos cuidados prestados; pela análise do caso segundo o quadro conceptual de Benner e pelas considerações finais que incluem a reflexão e discussão do caso clínico apresentado.

1. EXPOSIÇÃO DO CASO

A L.C.F. de 24 anos de idade foi admitida a 4 de novembro de 2011 para realização de 2º Transplante de Medula Óssea – Alogénico (Alo - TMO) não relacionado, em contexto de 2ª recaída de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).

A Jovem L.F. é natural da Freguesia de Machico (Ilha da Madeira). Raça caucasiana. Trabalha como empregada de balcão num restaurante do Funchal. Vive em união de facto com o namorado à cerca de 3 anos. Não tem contacto regular/relacionamento afetivo com a Mãe e irmãos. Sem antecedentes pessoais relevantes até março de 2007, altura em que lhe é feito o diagnóstico de LLA subtipo comum pré-B, no serviço de Hematologia de um Centro Hospitalar da região de Lisboa. Na mesma altura foi feito o diagnóstico de Trombofilia em contexto desconhecido, ficando medicada com Heparina de Baixo Peso Molecular profilática.

História clínica: No serviço de Hematologia de um Centro Hospitalar da região de Lisboa foi submetida a quimioterapia de indução (8 ciclos de HiperCVAD) e quimioterapia intratecal profilática (ver em anexo I - Tratamento de Leucémia Linfoblástica Aguda do Adulto, retirado de Protocolos Terapêuticos do serviço de Hematologia, disponível na intranet do Hospital (2006)). Teve 1ª Remissão Completa (RC), celularidade normal da medula óssea e < 5% de linfoblastos, após o 1º ciclo de HiperCVAD. Posteriormente fez quimioterapia de manutenção num Hospital da região Autónoma da Madeira.

Em agosto de 2009 por pneumonia adquirida na comunidade foi internada na UCI de um Hospital da região Autónoma da Madeira onde esteve 6 dias sob ventilação mecânica invasiva, sem agente microbiológico isolado mas com probabilidade elevada de infeção a pneumocystis carinii.

Em janeiro de 2010 regressou ao serviço de Hematologia do Centro Hospitalar onde lhe tinham feito o diagnóstico clínico, com a 1ª recaída. Mielograma (MG) com infiltração de 50% de linfoblastos. Fez reindução com quimioterapia de 2ª linha (3 ciclos de HAM) e quimioterapia intratecal profilática, obtendo 2ª RC. (Kern et al. (1997), mostram que o esquema de quimioterapia HAM (Mitoxantrona e Citarabina) é uma abordagem promissora a doentes com LLA refratária).

Em agosto de 2010 foi proposta para 1ª Alo-TMO não relacionado. Fez condicionamento com protocolo de dador não relacionado (ver anexo II – Protocolo de Condicionamento, retirado de Protocolos Terapêuticos do serviço de Hematologia,

disponível na intranet do Hospital (2006)), seguido de infusão de células progenitoras do sangue periférico (Peripheral Blood Progenitor Cell (PBSC)), tendo decorrido sem incidentes relevantes.

Em março de 2011 apresentou doença do enxerto contra o hospedeiro (Graft Versus Host Disease (GVHD)) cutâneo com boa resposta a imunossupressão.

Em agosto de 2011 por 2ª recaída com 90% de linfoblastos em MG, fez reindução com quimioterapia de 3ª linha (Clofarabina e Ciclofosfamida) numa Enfermaria com especialização em doentes do foro hemato-oncológico de um Centro Hospitalar da região de Lisboa, obtendo 3ª RC (MG com 1,5% de linfoblastos).

Em outubro de 2011 é reinternada na Enfermaria por MG com 9% de linfoblastos, fez pré-condicionamento (Etoposido e Citarabina) para 2º Alo-TMO.

Internamento atual: A 4 de novembro de 2011 veio transferida da Enfermaria para 2º Alo-TMO não relacionado. Fez condicionamento com protocolo de dador não relacionado, seguido de infusão de PBSC a 15 de novembro de 2011.

Intercorrências após Alo - TMO:

- Neutropenia febril, com necessidade de instituir antibioterapia de largo espectro.
- Isolamento de *streptococcus mitis* em hemoculturas (periférica e de cateter venoso central (CVC)) a 15 de novembro, sensível à penicilina, que negativaram após terapêutica (hemoculturas de 20 de novembro negativas).
- Náuseas e vômitos persistentes que evoluíram para hematemeses. Iniciou perfusão contínua de pantoprazol e foi entubada nasogastricamente. Ficou em dieta zero e com sonda nasogástrica em drenagem passiva.
- Queixas álgicas a nível da região supra púbica e hematúria. Colocada sonda vesical de 3 vias com sistema de lavagem contínua. Urocultura e pesquisa de infeção com *poliomavírus* negativas.
- Pancreatite aguda iatrogénica. Fez ecografia abdominal e Tomografia Axial Computorizada (TAC) abdominal. Avaliada por gastroenterologia.
- Oscilações do estado de consciência, com períodos de ausência de resposta verbal e motora a estímulos. Fez TAC crânio encefálica, que não revelou alterações e foi avaliada por neurologia que assumiu causa infecciosa/ toxicidade medicamentosa.
- Saída da aplasia medular ao dia +18 após receber a infusão de PBSC.

2.FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS

A fundamentação dos cuidados prestados vai incidir no turno da tarde de 14 de dezembro de 2011, onde escolhi ser responsável pela prestação de cuidados à Jovem L.F. perspetivando no cuidado à mesma uma excelente oportunidade de mobilizar competências especializadas adquiridas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

A doente estava no dia + 29 após receber a infusão do enxerto, a sua situação era crítica e exigia uma monitorização contínua por risco de falência respiratória.

Depois de receber as ocorrências dos turnos anteriores fui ao quarto da doente onde fiz a minha avaliação inicial (a unidade é constituída por 8 quartos individuais com sistema de pressão positiva):

Apresentava Glasgow Coma Scale (GCS) de 15 com abertura dos olhos espontânea, resposta verbal e motora a ordens simples (O4,V5,M6). Estava aparentemente calma. Pouco comunicativa quando abordada. Negando dor quando questionada. O quadro seguinte representa o registo da avaliação da dor no momento da avaliação inicial, utilizando a Escala Numérica (EN):

Quadro 1 - Avaliação da dor com a EN

Avaliação da dor												
Grau	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hora												
16h	×											

A avaliação e registo da intensidade da dor na unidade é feita de forma contínua e regular aquando da avaliação dos restantes sinais vitais (pelo menos 2 vezes no turno). A escala de avaliação utilizada e que consta na folha de registo de enfermagem da unidade é a EN. Segundo as guidelines da Society of Critical Care Medicine, (2002) a intensidade da dor relatada pelo doente deve ser considerada o “*gold standard*” para a avaliação da dor e resposta à analgesia instituída. O uso da Escala Visual Analógica (EVA), convertida em EN para efeitos de registo, é recomendada para avaliar a dor no doente consciente. A International Association for the Study of Pain (IASP), (2011) reforça a ideia referindo que a dor é o que a pessoa que a experimenta diz que é e existe sempre que a pessoa diz que existe (Boyd, et al., 2011).

Na avaliação dos sinais vitais verifiquei que a L.F. estava polipneica, com Frequências respiratórias (Fr) de 35 rpm, SaO₂ ≤ 88% com VentiMask (VMK) de 60%, pelo que necessitou de incremento de Oxigênio (O₂) para máscara de alto débito, que foi pouco eficaz, mantendo polipneia e SaO₂ ≤ 92%. Monitorizada com Eletrocardiograma de base sinusal, taquicardica (Fc 115 bpm), normotensa (TA 123-73 mmHg). Febril com 38,9° C de temperatura timpânica, fez 1gr de paracetamol endovenoso e arrefecimento periférico.

A febre, a taquicardia e a taquipneia são critérios de Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS), que se detetados precocemente (pelo menos 2 dos critérios), associados a 1 critério de disfunção orgânica, segundo Bone e colegas (1992) permitem o diagnóstico precoce de sepsis. Segundo os mesmos autores os critérios de SRIS são: temperatura ≥ 38°C ou ≤ 36°C; Fc ≥ 90 bpm; Fr ≥ 20 rpm; Leucocitose ≥ 12.000/mm³ ou leucopenia ≤ 4.000/mm³ ou ≥ 10% leucócitos imaturos. Os critérios de disfunção orgânica são: SaO₂ < 90%; Lactatos > 18 mg/dl; PAs < 90 mmHg ou redução de 40 mmHg em relação à PAs habitual ou PAM < 65 mmHg; débito urinário < 0,5 ml/Kg/h; deterioração mental aguda; SvO₂ < 70% (se CVC) (Bone, et al., 1992).

Quando fui registar os sinais vitais na folha de enfermagem tive a preocupação de verificar os valores hematológicos (hemoglobina, plaquetas e leucócitos), que as colegas da manhã transcrevem para a folha e que dizem respeito à colheita de sangue das 8 horas. Os valores hematológicos da L.F. revelavam uma anemia, trombocitopenia e leucopenia significativa (ver quadro 2 relativo aos parâmetros laboratoriais).

Quadro 2 - Parâmetros laboratoriais

	Valores de referência	14/12/2011 (8:00h)	14/12/2011 (12:00h)	14/12/2011 (19h)
Hemograma				
Eritrocitos, contagem	3.8 - 5.1 ×10 ¹² /L	2.60 ↓		2.89 ↓
Hemoglobina	12.0 - 15.3 gr/dl	7.9 ↓		9.1 ↓
Hematócrito	36.0 - 46.0 %	23.1 ↓		26.5 ↓
Leucocitos, contagem	4.0 - 11.0 ×10 ⁹ /L	2.32 ↓		2.8 ↓
Plaquetas, contagem	150 - 450 ×10 ⁹ /L	18 ↓		27 ↓

	Valores de referência	14/12/2011 (8:00h)	14/12/2011 (12:00h)	14/12/2011 (19h)
Bioquímica				
Ureia	10 - 50 mg/dl	41		
Creatinina	0.5 - 1.1 mg/dl	0.87		
Sódio	135 - 145 mmol/L	137		
Potássio	3.5 - 5.1 mmol/L	4.1		
Cloretos	98 - 107 mmol/L	107		
Imunoquímica				
Proteína C Reactiva	< 0.5 mg/dl	10.9 ↑		
Gasimetria				
pH	7.35 - 7.45		7.38	7.38
PaCO ₂	35.0 - 45.0 mmHg		31.6 ↓	31.5 ↓
PaO ₂	75.0 - 100 mmHg		71,1 ↓	76.0
SatO ₂	92.0 - 98.5 %		94,7	97.7
HCO ₃ ⁻	22 - 26 mmol/L		19,8 ↓	20.0 ↓
EB	-2 - +2 mmol/L		-5.8 ↓	-5.7 ↓
Glucose	67 - 104 mg/dl		164 ↑	160 ↑
Lactatos	4.5 - 1.8 mg/dl		11.0	10.0

Na prestação de cuidados à doente, tendo em conta o seu estado imunocomprometido, procurei aplicar as regras e normas de prevenção de infeções. Segundo Duffy (2009) cuidar de doentes imunocomprometidos representa um desafio significativo. Os danos do sistema imunológico causados por doenças oncológicas e tratamentos imunossupressores provocam no doente elevado risco de infeção, os enfermeiros desempenham um papel importante na prevenção da mesma (Duffy, 2009). A Direção Geral de Saúde vai ao encontro do anteriormente referido no inquérito nacional de prevalência de infeção (2009), verificando que é possível prevenir cerca de 30% das infeções nosocomiais se aplicadas medidas de prevenção e controlo de infeção. Segundo a World Health Organization (2008), 1 em cada 4 doentes internados numa UCI, tem um risco acrescido de adquirir uma infeção associada aos cuidados de saúde, estes doentes tornam-se vulneráveis a múltiplas infeções sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica e aos internamentos recorrentes.

No decorrer do turno foi realizada terapêutica transfusional (2 Concentrados de Eritrócitos (CE) e 3 Concentrados de Plaquetas (CP)). Segundo a Comissão de Transfusões do Centro Hospitalar do Porto (2011, p. 23) "O doente em estado crítico necessita, com frequência, de transfusões de componentes e derivados de sangue. O prognóstico pode ser influenciado pela prática transfusional, pelo que o risco benefício da transfusão deve ser cuidadosamente avaliado". A indicação para terapêutica transfusional, apesar de haver regras gerais a cumprir, deve ser determinada em contexto

clínico analisando caso a caso. O alvo de referência na transfusão de CE segundo a Comissão de Transfusões supra citada é 7 a 9 gr/dl em doentes sem patologia cardiovascular associada.

A transfusão de CP segundo a mesma Comissão está indicada em situações de profilaxia e tratamento de sintomatologia hemorrágica. Em doentes do foro Hemo oncológico, como é o caso da L.F. a transfusão de CP é recomendada se valor de plaquetas $< 10 \times 10^9 /L$, na presença de febre de qualquer etiologia; se valor de plaquetas $< 5 \times 10^9 /L$, na ausência de febre ou hemorragia; se valor de plaquetas $< 50 \times 10^9 /L$ previamente a procedimentos invasivos. A trombocitopenia só por si não é justificação para transfusão de plaquetas (Comissão de Transfusão, 2011).

Enquanto enfermeira com experiência de 5 anos na prática de cuidados ao doente crítico hemo-oncológico, tenho conhecimento que há passos essenciais no processo de administração de terapêutica transfusional que não podem ser ignorados e que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados e segurança do procedimento. Os colaboradores da *EU Optimal Blood Use Project* (2010) vão ao encontro da minha opinião quando recomendam no *Manual para Uso Ótimo do Sangue* 6 passos essenciais para a melhoria dos cuidados/ segurança da transfusão, são eles: Avaliar o doente e decidir a necessidade de transfusão; Requisição do componente sanguíneo; Realização de testes pré-transfusional; Envio do componente sanguíneo; Administração do componente sanguíneo e Monitorização do doente. O objetivo da *EU Optimal Blood Use Project* é promover a melhoria da qualidade do processo transfusional que é definido como: “*A Transfusão de uma unidade de sangue para o doente correto, no momento correto e nas condições corretas e de acordo com guidelines apropriadas*” (2010, p. 2).

No início do turno a L.F. recebeu a visita de uma amiga (colega doente) e da Assistente Social do serviço. Acompanhei-as no momento da visita, verificando que a L.F. as recebia com agrado, mas com pouca interação devido ao agravamento do seu estado clínico. A amiga que não a visitava à cerca de 1 mês estava muito chorosa e preocupada, foi necessário acompanhá-la na compreensão e integração das alterações ocorridas, perceber os seus medos e dúvidas e dar-lhe suporte emocional.

A visita da Assistente Social teve como objetivo informar a doente que o seu companheiro estava a caminho do Continente, e que no dia seguinte seria possível receber a visita do mesmo logo pela manhã. A L.F. não recebia visitas com frequência, não tinha família com residência no Continente. Segundo informações fornecidas pela mesma, o relacionamento afetivo com a família que estava na Madeira era distante. O

elemento de referência para a doente era o seu companheiro que não tinha condições económicas para a visitar com frequência, pelo que, na sessão clínica semanal foi discutido pela equipa multidisciplinar que perante o agravamento do estado clínico da doente seria pertinente a intervenção da assistência social no apoio à família.

Esta situação da L.F. não ter visitas é pouco frequente, segundo Pereira (2012) menos de 3% dos doentes internados em Portugal não recebe visitas. Esta ausência de envolvimento nos cuidados de familiares diretos e o facto do único representante da doente ser o companheiro gerou alguma preocupação nos elementos da equipa de enfermagem. Segundo Gonzalez e colegas (2004), os enfermeiros podem identificar os benefícios das visitas para os doentes e para os seus familiares. No estudo realizado pelos mesmos autores é referido que os doentes internados em UCI descrevem que o conhecimento que as pessoas estão a vir visitá-las as faz sentir mais amadas (Gonzalez, Carroll, Fitzgerald, & Vallent, 2004). Rogers (1997) acrescenta que quem tem suporte familiar tem menos vulnerabilidade do que quem não tem.

Às 19:30 por exaustão respiratória, com condensação extensa bilateral visível em radiografia de tórax (suspeita de hemorragia alveolar maciça), gasimetria arterial a manter hipoxia significativa (com máscara de alto débito) e ligeira acidose metabólica com compensação respiratória (ver quadro 2 relativo aos parâmetros laboratoriais), foi observada pela Médica de Urgência Interna que com a minha colaboração informou a doente da necessidade de ser submetida a ventilação mecânica invasiva.

Segundo Happ e colegas (2011) as tomadas de decisões em situações de doença crítica prolongada devem envolver um processo compartilhado e negociado que requer contínuo estudo empírico e análise ética. Segundo os mesmos autores os médicos reconhecem cada vez mais a necessidade de envolver os doentes na tomada de decisões antes e, se possível, durante a doença crítica prolongada, mas têm pouca orientação sobre como e quando o fazer de forma eficaz (Happ, et al., 2011). A Ordem dos Enfermeiros (1998), no Estatuto que rege a profissão, apresenta o Artigo 84^o - Do dever de informação. No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: (...); Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; (...).

Na prática as decisões relativas aos tratamentos dos doentes em ambiente de cuidados intensivos são feitos pelos médicos em colaboração com a restante equipa multidisciplinar, mais a família do doente e, se possível, com o doente. No caso da L.F. os médicos assistentes, baseados no conhecimento da vontade da doente e na história

clínica da mesma (MG feito na manhã de 14 de dezembro a revelar 3ª RC), tinham tomado a decisão de investir, ou seja, perante uma situação de falência respiratória, iriam avançar para medidas invasivas de suporte de vida. Toda a equipa multidisciplinar tinha conhecimento desta decisão e atuava em conformidade. A família não estando presente, não lhe foi pedida a sua colaboração. A doente estando consciente, orientada e capaz de tomar decisões, foi-lhe pedido consentimento informado.

Às 19:45 foi chamada a equipa de anestesia de urgência que após indução de coma com propofol a 1% procedeu à entubação orotraqueal com tubo nº 7,5 (nível 23 na comissura labial) e conexão a prótese ventilatória mecânica em modo Volume Controlado (VC), FiO₂ de 100%, PEEP 10 e Fr 20 rpm. Após entubação foi curarizada com 8 mg de brometo de vecurônio, ficando bem adaptada com saturações periféricas superiores a 95%.

A curarização ou bloqueio neuromuscular segundo Sakata (2010) foi utilizado no passado com frequência para sedação profunda de doentes, surgindo relatos de disfunção neuromuscular após a administração prolongada dos mesmos. Atualmente a mesma autora refere que as indicações para uso de bloqueadores neuromusculares são: entubação do doente, assincronia com ventilador, hipercapnia, ventilação não convencional, aumento da pressão intracraniana e realização de um procedimento. Segundo Oliveira (Oliveira, 2012) a revisão do conhecimento atual permite afirmar que a curarização precoce e de curta duração tem aparentes benefícios fisiológicos (produção de citocinas pró-inflamatórias, oxigenação e consumo de O₂) e benefícios na redução da mortalidade. O brometo de vecurônio é um curarizante de duração intermedia (30 minutos) análogo ao pancurônio, porém com menos efeitos no sistema cardiovascular.

Enquanto a doente esteve sob o efeito de bloqueio neuromuscular não foi possível avaliar a sua dor. Segundo Juarez e colegas (2010), algumas das limitações apontadas para o uso da Behavioral Pain Scale (BPS) na prática clínica é o facto de não incluir doentes que receberam bloqueadores neuromusculares, que têm lesões vertebro-medulares e/ou neuropatia periférica.

Às 21 horas a L.F. encontrava-se sem efeito de bloqueio neuromuscular e sem esquema de sedoanalgesia instituído. A Médica de Urgência Interna tinha protelado o início do esquema de sedoanalgesia justificando-se com a necessidade de avaliar o estado neurológico da doente. Apresentava GCS de 8, com abertura dos olhos espontânea, sem resposta verbal e com flexão anormal dos membros a estímulos

dolorosos (O4,V1,M3). Pontuação de dor 5 (BPS 2.2.1), como se pode observar no quadro seguinte:

Quadro 3 - Avaliação da dor com a BPS sem esquema de sedoanalgesia

BPS	14/12/11
	21:00h
Expressão facial	0
Relaxado	1
Ligeiramente contraído	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
Membros superiores	0
Sem movimentos	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados	3
Totalmente contraídos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado com tosse esporádica	2
Desadaptado/ bloqueio ventilatório frequente	3
Total	5

Segundo Odhner e colegas (2003) a dor em ambiente de cuidados intensivos não é considerada uma prioridade, no entanto, é identificada como um fator de agravamento do estado clínico do doente.

Para avaliar a dor foi utilizada a BPS, segundo Li e colegas (2008) a BPS é uma das escalas de avaliação da dor que demonstra maior evidência científica de validade e confiabilidade. É também a escala recomendada por 2 projetos de referência no âmbito da avaliação da dor que estão atualmente em curso (Plano Nacional de Avaliação da Dor (PNAD), coordenado pelo Grupo de Avaliação da Dor (GAD) da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e o Projeto de um Centro Hospitalar da região de Lisboa designado “A Dor como 5º Sinal Vital”).

Nesta altura a Médica de Urgência Interna foi chamada a observar a doente tendo iniciado perfusão contínua de sedoanalgesia (propofol de 2% e morfina). Associado à instituição de sedoanalgesia foi necessário imobilizar os membros superiores para segurança da doente. Também lhe foi comunicado o seu estado clínico e as medidas que foram instituídas para diminuir o seu desconforto. A comunicação com o doente ventilado em UCI é muito importante, segundo Rosário (2009), os profissionais de saúde devem desenvolver competências comunicacionais eficazes com este tipo de doentes. No estudo efetuado pela mesma autora é de salientar os sentimentos de impotência, desânimo,

aflição, medo e ansiedade referidos pelos doentes entrevistados que estiveram ventilados em UCI, relacionados com a impossibilidade de comunicar (Rosário, 2009). Relacionados com o internamento referiram sentimentos de desorientação e confusão, assim como dor e sofrimento (Rosário, 2009). Um aspeto que os doentes entrevistados consideraram positivo foi a presença dos profissionais de saúde que lhes transmitia segurança (Rosário, 2009).

A comunicação associada à instituição da sedoanalgesia revelou-se eficaz no controlo da dor na doente, como é possível observar no quadro seguinte:

Quadro 4 - Avaliação da dor com a BPS com esquema de sedoanalgesia

BPS	14/12/11
	22:00h
Expressão facial	0
Relaxado	1
Ligeiramente contraído	2
Contração franca	3
Fácies de dor	4
Membros superiores	0
Sem movimentos	1
Parcialmente fletidos e tensos	2
Rígidos com dedos crispados	3
Totalmente contraídos	4
Adaptação ventilatória	0
Adaptado	1
Adaptado com tosse esporádica	2
Desadaptado/ bloqueio ventilatório frequente	3
Total	3

Segundo Payen e colegas (2001) a intensidade da dor na BPS corresponde à soma obtida em cada indicador e pode oscilar entre 3 (sem dor) e 12 (dor intensa). Avaliações com pontuações ≥ 4 (Ex. 2.1.1) implicam ajuste terapêutico com aumento analgésico.

A instituição da perfusão contínua de sedoanalgesia a somar ao regime farmacológico complexo da doente aumentou a possibilidade de ocorrência de respostas inesperadas dos medicamentos (ver quadro 5 relativo à terapêutica prescrita).

Quadro 5 - Terapêutica prescrita

Terapêutica	Posologia
Alimentação Parentérica	1500cc/dia
Dextrose 5% em H₂O	1500 cc/dia
Amicacina	1gr/dia
Piperacilina/tazobactam	4,5 gr 6/6h
Vancomicina	1 gr 12/12h
Aciclovir	500 mg 12/12h
Fluconazol	300 mg/dia
Ciclosporina	160 mg 12/12h
Pantoprazol	80 mg perfusão a 5cc/h
Propofol 20%	Perfusão a 8 cc/h
Midazolam	150mg Perfusão a 8 cc/h
Morfina	40mg Perfusão a 2cc/h
Albumina	1f 12/12h
Plasma fresco congelado	1U 8/8h
Fusosemido	20 mg se BH>500cc em 8h

Segundo Juan e colegas (2009) o doente em estado crítico tem um número limitado de acessos venosos que não é proporcional à grande quantidade de fármacos a infundir, este fato pode favorecer a ocorrência de incompatibilidades entre as drogas administradas.

A L.F. possuía 1 acesso venoso central com 3 lúmens a nível da subclávia direita e um acesso venoso periférico no membro superior esquerdo. Foi necessário consultar a tabela de compatibilidades disponível no serviço (atualizada em 2005) para saber quais os fármacos que podiam ser associados em perfusão contínua.

Os enfermeiros são os responsáveis pela administração de terapêutica, por isso devem conhecer as compatibilidades das mesmas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (1996) estes devem proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade. É necessário investir em estudos relativos à compatibilidade dos fármacos que nos garantam uma prática de qualidade, fundamentada em princípios teóricos.

3. ANÁLISE DO CASO SEGUNDO O QUADRO CONCEPTUAL DE BENNER

Na prestação de cuidados à L.F. procurei estabelecer uma relação única, singular e situada, tendo presente a situação clínica e pessoal da doente. Segundo Benner a enfermagem é uma relação de cuidar, condição que possibilita a ligação e preocupação entre as pessoas. O cuidar é essencial porque estabelece a possibilidade de dar e receber ajuda, sendo a prática de cuidados de enfermagem conduzida pela arte e ética moral do cuidar e da responsabilidade (Benner & Wrubel, 1989). O conhecimento e significado do ser são premissas para a capacidade de cuidar, porque as coisas têm significado e fazem-nos estar envolvidos e definidos pelas nossas preocupações (Benner & Wrubel, 1989).

Benner e Wrubel (1989) utilizam a expressão fenomenológica de pessoa como ser situado, definido pela interação, interpretação e compreensão da situação empreendida pelo próprio ser. Estar situado implica que a pessoa tem passado, presente e futuro e que todos estes aspetos influenciam a sua situação atual. Segundo os mesmos autores, as pessoas entram nas situações com os seus próprios conjuntos de significados, hábitos e perspectivas, sendo a interpretação pessoal da situação limitada pela forma como o indivíduo está nela. A situação da L.F. era de grande vulnerabilidade. O sofrimento emocional, físico e espiritual era uma constante na sua luta contra uma doença hematológica que insistia em recidivar e contra o nível socioeconómico baixo que a condicionava nas relações sociais.

Na prestação de cuidados à L.F. dei ênfase ao alívio do sofrimento, focando-me na sua pessoa. Benner (2005) refere que aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer uma abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo. Manter a vigilância, nos vários momentos, sobre as várias pistas, e tornar efetiva a sua deteção e a ligação com outros sinais, pode revelar e alargar as competências de empenhamento e a eficácia clínica (Benner, 2001).

Uma competência que procurei desenvolver na prestação de cuidados à L.F. foi a da comunicação, competência necessária em toda a relação de cuidar. Quando a L.F. estava consciente, comuniquei com ela de forma a avaliar o seu estado geral e dei ênfase à avaliação da dor utilizando a EN. Quando ficou inconsciente, após ter sido submetida a ventilação mecânica invasiva comuniquei com ela para explicar que o desconforto que

sentia estava relacionado com a presença do tubo endotraqueal e que tinham sido tomadas medidas para aliviar o seu sofrimento. Segundo Benner, Kyriakidis, & Stannard, (1999) os enfermeiros tendem a associar os níveis de dor com determinados procedimentos e condições do doente. Essa avaliação é feita, tendo em consideração as experiências anteriores com outros doentes (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 1999). A minha experiência diz-me que a pessoa com suporte ventilatório mecânico sente dor associada à presença do tubo endotraqueal. Uma vez assisti a um depoimento de um doente que tinha estado ventilado e que se recordava perfeitamente do desconforto de estar entubado. Esta experiência fez-me refletir no momento da prestação de cuidados à L.F o que me levou a tomar medidas para assegurar o conforto da doente.

Benner definiu sete domínios dos cuidados de enfermagem com base na similaridade da função e da intenção, e de onde emergiram trinta e uma competências dos enfermeiros. Um dos domínios definidos foi a *função de ajuda*, onde estabeleceu como intervenções face ao doente com dor: *“Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza; Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir* (Benner, 2001, pp. 74-99). Para avaliar a dor escolhi escalas adequadas à situação clínica da doente, EN quando estava consciente e BPS quando ficou inconsciente. A minha intenção foi sempre controlar a dor, para isso utilizei estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Segundo Benner a dor constitui-se como uma preocupação, quer para o doente como para o enfermeiro que ao se tornar um membro participante na prática de enfermagem assume uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de cuidar (Benner, 2005). As práticas do cuidar são assim baseadas no encontro e nas respostas com o outro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A unidade é diferenciada pelos tratamentos sofisticados que envolvem a eliminação dos sistemas hematológico e imunológico e a sua substituição por células progenitoras. A pessoa com doença hemato-oncológica atualmente tem maior taxa de sobrevivência apesar das recaídas e dos efeitos secundários da quimioterapia. Segundo Sá (2010) este aumento de sobreviventes implica crescente preocupação com a sua vida, problemas e as intervenções de enfermagem necessárias. Na unidade é frequente encontrar doentes que por uma intercorrência potencialmente reversível ou que por evolução do seu processo patológico estão em situação crítica e/ou risco de falência orgânica. Assim, tendo em conta este contexto, escolhi o momento de prestação de cuidados onde a Jovem L.F. por falência respiratória necessitou de ser submetida a ventilação mecânica invasiva, alterando assim o seu estado de consciência e conseqüentemente a sua capacidade de comunicar de forma verbal.

A situação de cuidados escolhida revelou-se uma excelente oportunidade de desenvolvimento de competências especializadas na avaliação da dor, na comunicação interpessoal e no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

A avaliação e controlo da dor foram uma prioridade na minha atuação, utilizei a EN (quando a doente estava consciente) e a BPS (quando a doente ficou inconsciente após ser submetida a ventilação mecânica) para avaliar a dor por serem os instrumentos de avaliação adequados à situação clínica da doente. Após identificar a necessidade de controlo da dor associei intervenções farmacológicas e não farmacológicas, justificando as mesmas com a evidência científica disponível.

Considero que um dos pontos fortes do meu estudo de caso foi o acompanhamento da Médica de Urgência Interna no pedido de consentimento informado à doente. A tomada de decisão ética nas UCI reveste-se de complexidade, no entanto o enfermeiro deve ter um papel ativo na mesma. A prática baseada na evidência deve ser incorporada no processo de tomada de decisão ética, assim como os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico.

Concluo que consegui mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa a vivenciar processos complexos

de doença crítica e /ou falência orgânica. Fui capaz de planejar, executar e avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades identificadas.

A realização deste estudo de caso, onde descrevo e reflito sobre algumas das atividades desenvolvidas em estágio, foi muito benéfica no meu processo de aquisição de competências especializadas e vai contribuir de forma significativa para a elaboração do relatório de estágio.

BIBLIOGRAFIA

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). The Primacy of Caring - Stress and Coping in Health and illness. California: Addison-Wesley publishing.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (1999). Clinical Wisdom And Interventions In Critical Care: A Thinking-In-Action Approach. Philadelphia: Saunders.
- Bone, R. C., Balk, R. A., Cerra, F. B., Dellinger, R. P., Frein, A. M., Knaus, W. A., et al. (1992). Definition for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. ACCP/SCCM Consensus Conference Committee (pp. 1644-55). Chest.
- Boyd, D., Butler, M., Carr, D., Cohen, M., Devor, M., Dworkin, R., et al. (2011). International Association for the Study of Pain (IASP). Obtido em 21 de janeiro de 2012, de Taxonomy: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, E. D. (2010). Norma nº 2: Avaliação e Registo da Dor no Adulto. Lisboa.
- Comissão de Transfusão. (2011). "Transfundir melhor, Transfundir com segurança". Conferência de consenso - Uso de sangue e derivados (pp. 1-75). Porto: Centro Hospitalar do Porto.
- Direção Geral de Saúde. (2009). Obtido em 2012 de janeiro de 29, de Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i012628.pdf>
- Duffy, L. (maio de 2009). Care of immunocompromised patients in hospital. Nursing Standard , 23 (36), pp. 35-41.
- Equipa Médica do serviço de Hematologia do HSM. (Dezembro de 2006). Intranet do HSM. Obtido em 2012 de Janeiro de 15, de Protocolos terapêuticos do serviço de hematologia: <http://www.hsm.min-saude.pt/>
- EU Optimal Blood Use Project (EUOBUP). (2010). Obtido em 23 de Janeiro de 2012, de Manual para uso óptimo do sangue: apoio para uso clínico seguro, eficaz e eficiente do sangue na europa: http://www.optimalblooduse.eu/_assets/pdf/manual/portuguese%20blood%20use%20manual.pdf

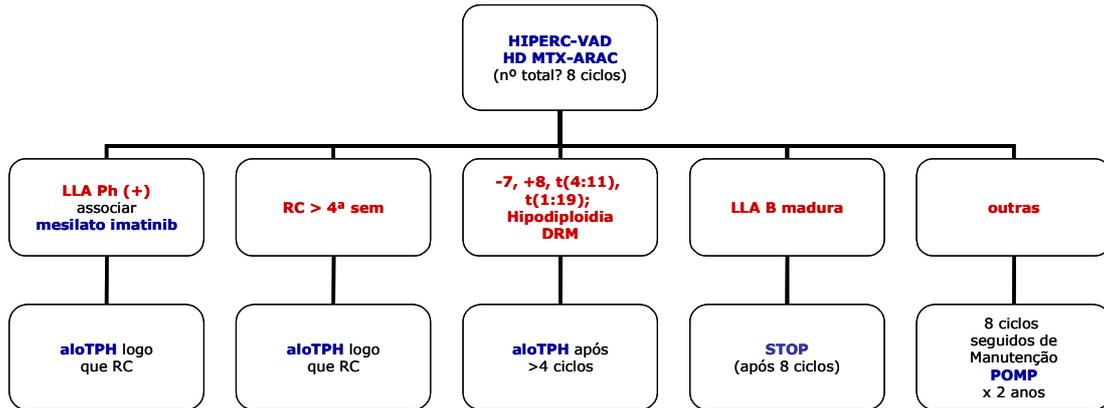
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacte.
- Gonzalez, C. E., Caroll, D. L., Fitzgerald, P. A., & Vallent, H. J. (Maio de 2004). Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal of critical care* , pp. 194-198.
- Grupo de Avaliação da Dor. (setembro de 2011). GAD-SPCI. Obtido em 2011 de dezembro de 1, de Apresentação do PNAD: <http://gad-spci.blogspot.com>
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. (abril de 2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care* , pp. 27-40.
- Juan, E. P., Palau, M. M., Rubert, M. J., Nicolau, B. R., & Cerdá, S. M. (2009). Perfusiones continuas de fármacos: conocemos sus compatibilidades? *Nursing* , 27, pp. 54-57.
- Juarez, P., Baker, M., Duey, D., Durkin, S., Barb, G., Nellett, M., et al. (2010). Comparison of two pain scales for the assessment of pain in the ventilated adult patient. Obtido em 2 de maio de 2011, de MEDLINE with full text database: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20940589&site=ehost-live>
- Kern, W., Schleyer, E., Unterhalt, M., Wörmann, B., Büchner, T., & Hiddemann, W. (janeiro de 1997). High antileukemic activity of sequential high dose cytosine arabinoside and mitoxantrone in patients with refractory acute leukemias. Results of a clinical phase II study. *Cancer* , 79 (1), pp. 59-68.
- Li, D. P. (janeiro de 2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain* , 9 (1), pp. 2-10.
- Odhner, M. W. (nov./dez de 2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimens Crit Care Nurs* , pp. 260-267.
- Oliveira, B. (2012). Curarização precoce: Sim... ou Não? 6^{as} Jornadas do Doente Crítico. Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- Ordem do Enfermeiros. (1998). Estatuto. Artigo 84.º Do dever da informação .
- Ordem dos Enfermeiros. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE. Decrteo-lei nº 161/96 .
- Payen, J.-F., Bru, O., Bosson, J.-L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., et al. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Med*.

- Pereira, A. (2012). Decisões Antecipadas. 6^{as} Jornadas do Doente Crítico . Lisboa: Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- Rogers, A. C. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advanced Nursing* , 26, pp. 65-72.
- Rosário, E. M. (2009). Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde . Lisboa: Universidade Aberta.
- Sá, E. M. (2010). A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico. *Pensar Enfermagem* , 14 (2), pp. 55-69.
- Sakata, R. K. (nov.- dez. de 2010). Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Anesthesiol* , 60, nº 6, pp. 648-658.
- Society of Critical Care Medicine. (2002). American Society of Health-System Pharmacists. Obtido em 2012 de janeiro de 25, de Clinical Practice Guidelines for the Sustained Use of Sedatives and Analgesics in the Critically Ill Adult: <http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/TGSedatives.aspx>
- World Health Organization. (julho de 2008). World Alliance for Patient Safety. Who guidelines on hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hands. Obtido em 29 de janeiro de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf

Anexo I - Tratamento de Leucemia Linfoblástica Aguda do Adulto

Fluxograma De Decisão

Tratamento da LLA do Adulto Com ≤ 65 Anos e HIV –



Protocolo Hiper-CVAD

Número total de ciclos: 8

✓ PRECAUÇÕES:

- 1) Colocação de cateter venoso central de duplo lúmen;
- 2) O **primeiro ciclo** deve ser *precedido e acompanhado por hidratação e alcalinização*, a iniciar 6 h antes e 1000 cc dextrose em s.f.+ bicarbNa 1,4% (isotónico) 100mEq/L (100mEq=100ml), a correr a100-150ml/h, furosemido 20-40mg de 12/12h e alopurinol, para *prevenção do "síndrome de lise tumoral"*;
- 3) Antibioterapia profilática com quinolona (ou cotrimoxazol), fluconazol 400mg/d po e aciclovir 200 mg 12/12h;
- 4) G-CSF 10microgr/kg/d, em duas tomas diárias, iniciar 24h após fim QT; até neutr>3x10(9)/L;
- 5) Ciclos repetidos de 2/2 ou 3/3 semanas, de acordo com os valores hematológicos: neutr>3x10(9)/L e plaq;
- 6) **Realização de mielograma nos seguintes tempos:**
 - a) Diagnóstico; No primeiro ciclo: d14 e d21; De dois em dois ciclos (ciclos2, 4, 6 e 8);
 - b) De 3/3meses nos primeiros anos subsequentes.

✓ **HIPER-CVAD: CICLOS ÍMPARES**

Protocolo Hiper-CVAD

Ciclos 1, 3, 5 e 7 (ciclos ímpares)

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D8	D10	D11	D12	D13	D14	
CFF	▼	▼	▼												300 mg/m ² (500cc s.f.), perf2h, 12/12hx 6 doses (d1-3)
Mesna	▼	▼	▼												600 mg/m ² /d,pc, d 1-3
VCR				▼						▼					2 mg, d 4 e 11
DOXO				▼											50 mg/m ² , d4
DEXAM	▼	▼	▼	▼						▼	▼	▼	▼		40 mg/d, d1-4 e d11-14
GCSF	10microgr/kg/d, em duas tomas diárias, iniciar 24h após fim QT; até neutr>3x10(9)/L														

7- Redução de doses:

CICLOS ÍMPARES

VCR: Passa a 1mg/d se bilir total >2 mg/dl; eliminar se neuropatia periférica grau 3/4 ou ileus paralítico

DOXO: Reduz 25% dose se bil>2-3mg/dL, 50% se bil>3-4mg/dL e 75% se bil>4mg/dL. Eliminar do ciclo1 se infiltração gástrica/intestinal

DEXA: Suspende se miopatia proximal

✓ **HIPER-CVAD: CICLOS PARES**

Protocolo Hiper-CVAD

Ciclos 2,4,6 e 8 (ciclos pares)

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D8	D10	D11	D12	D13	D14	
MTX	▼														1g/m ² .iv,(1000 cc s.f.) perf 24h d1
Leucovorina	▼	▼	▼	▼	▼	...									50mg,iv, a iniciar 12h após MTX,e seguidamente de 15 mg, iv/po, de 6/6h, até MTX sérico*** < 0,01 x 10(-6)M
ARAC		▼	▼												3 g/m ² /12/12h (500 ccDx5%, perf 2h) x 4 doses em d2 e 3
MPRD		▼	▼												50 mg, 12/12h, d1-d3
GCSF	10microgr/kg/d, em duas tomas diárias, iniciar 24h após fim QT; até neutr>3x10(9)/L														

8- A administração de MTX (ciclo par) deve ser sempre precedida e acompanhada por hidratação e alcalinização (a iniciar 6 h antes e a terminar 6 h depois), com: bicarbNa 8,4%(100cc) + 1000 cc dextrose em s.f. + 1000 cc bicarbonatoNa a 1,4% (2000 cc/dia), até pH urinário > 7, para otimizar a excreção de MTX

9- Redução de doses:

CICLOS PARES

Em relação a qualquer dos citotóxicos,se toxicidade grau 3/4 presente (excluindo neutropenia/trombocitopenia) devem reduzir-se as doses dos ciclos subsequentes em 25%-33%, nomeadamente:

MTX para 750mg/m² e posteriormente para 500mg/m² e para 250mg/m²;

ARAC para 2g/m² e posteriormente para 1,5g/m² e para 1g/m²

ARAC: Passa a 1g/m² 12/12h se doente>60 anos, creat>2mg/dL, neurotoxicidade ou metotrexémia no final da infusão (0 horas) igual ou sup.a 20micromol/L

MTX: se creat>1,5mg/dL, reduzir 25% da dose; se creat>2mg/dL, reduzir 50% da dose; se creat>3mg/dL, reduzir 75% da dose;

Redução da dose se excreção prolongada em ciclo anterior, de acordo com a gravidade (avaliar metrotexémia)

MPRD: Suspende se miopatia proximal

✓ **PROFILAXIA DO SNC**

Profilaxia do SNC

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	
MTX		▼							12 mg (ou 6 mg via Ommaya), it d2 de cada ciclo
ARAC							▼		100 mg d8 de cada ciclo (<=> 5 ml)
PRD		▼					▼		25 mg d2 e d8 de cada ciclo

Ciclos repetidos de 2/2 ou 3/3 semanas, de acordo com os valores: **neutr>3x10(9)/L e plaq>60x10(9)/L (com GCSF)**

Estratificação de risco de doença no SNC:

ALTO: se um dos seguintes factores presentes LDH>600UI/l, índice proliferativo tumoral>14%, fenotipo B maduro

INTERMÉDIO: não avaliável

BAIXO: nenhum dos factores presente

Número total de de PLS profiláticas a realizar: Alto risco:**16**; Intermédio:**8**; Baixo:**4**

Se INVASÃO LEUCEMICA do SNC, aumentar a terapêutica it até 2 x por semana, até normalização do LCR.

Considerar RT após normalização de LCR (30 Gy em 2 semanas) se envolvimento dos pares cranianos ou tumor demonstrável em método de imagem (TAC, RMN)

Anexo II - Protocolo de Condicionamento

TMO ALOGÉNICOS: NÃO FAMILIAR

		-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0
ATG	2,5 mg/kg/d x 5dias i.v. (D-9 a D-5)	■	■	■	■	■					
PREDNISOLONA	2 mg/kg/d x 5dias i.v. (D-9 a D-5)	■	■	■	■	■					
FLUDARABINA	30 mg/m2/d x 5dias i.v. (D-8 a D-4)		↑	↑	↑	↑	↑				
MELFALAN	70 mg/m2/d x 2 dias i.v. (D-3 a D-2)							↑	↑		
ARA-C	2g/m2 i.v. D-8		■								

ATG: Diluir em 1000cc soro fisiológico durante 24h.

Pré-medicação: Prednisolona: 1mg/Kg antes ATG e 1mg/Kg no balão ATG

Clemastina: 1f./d a iniciar 24h antes ATG

Ranitidina: 50mg 8/8h i.v. 24h antes ATG

ARA-C: Diluir em 500cc Dx 5% durante 12h

ANEXO XIII

Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de competência



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

No período de estágio de: 1 de Setembro a 29 de Setembro de 2011

Nesta fase inicial do estágio a Enf^a Telma demonstrou, sempre, muito interesse em conhecer a realidade do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e também em melhorar os seus conhecimentos. Ao falar-me sobre o seu projecto fiquei com uma ideia clara que o seu percurso tinha sido bem fundamentado e que o conhecimento de outras realidades (como do Hospital de Coimbra), além da sua, foi decisivo para a escolha da temática da dor no doente crítico inconsciente.

No SMI esta temática faz todo o sentido dado a população alvo dos nossos cuidados e pelo facto da avaliação da dor (e o uso de escalas) ainda serem práticas pouco consistentes no nosso dia-a-dia. Sendo que uma das escalas de avaliação da dor – BPS que é usada neste serviço nem sempre é preenchida de forma correcta porque nenhum enfermeiro teve formação acerca da mesma.

Na prestação de cuidados e desenvolvimento profissional a Enf^a Telma demonstrou conhecimentos teóricos adequados com interesse na pesquisa bibliográfica sempre que oportuno e integrando os resultados na sua prática. Foram várias as situações em que procurámos reflectir sobre as perspectivas de intervenção do enfermeiro perito, das quais destaque, por exemplo, no acompanhamento e apoio dos familiares/pessoas significativas.

Demonstrou boas relações profissionais com o doente e sua família e também com a equipa multidisciplinar sendo responsável e oportuna nas suas intervenções. Foram várias as experiências de processos complexos de doença crítica que revelaram uma adequada capacidade de execução técnica da Enf^a Telma.

Concluindo que este período inicial de estágio decorreu de acordo com aquilo que eram as nossas expectativas.

Data: 08/10/2011

Orientador
Cristina Pires Edra

Assinatura

Cristina Pires Edra

Data:

Estudante
Telma Lopes

Telma Margarida Galvão Lopes

Shirley Teófilo

TL

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Em primeiro lugar, devo salientar o facto de, a minha função enquanto Enfermeiro orientador deste ensino clínico, esteve bastante facilitado pelo facto de, quando iniciei o acompanhamento da Enfermeira Telma, já esta se encontrava bastante adaptada, quer às rotinas do serviço, quer ao nível da prestação dos cuidados aos doentes.

É de notar a “facilidade” como a Enfª Telma consegue orientar o seu trabalho, bem como consegue lidar com os doentes que se encontram internados no SMI. A sua experiência profissional, se bem que não é com doentes com a especificidade dos que aqui se encontram, dá-lhe uma grande vantagem no que diz respeito aos conhecimentos teórico-práticos, bem como a lidar com determinadas situações.

Apesar disso é de notar o estudo prévio. Relato uma situação específica em que, na prestação dos cuidados de Enfermagem a um doente em ECMO, a Enfª Telma se mostrou à vontade para cuidar desse doente, tendo em conta a sua situação peculiar. Sabendo que ela tinha realizado uma ação de formação relativamente à técnica de ECMO, sem ter tido a oportunidade de ter estado em contacto direto com o doente submetido à terapia, foi evidente que nem tudo era uma novidade. Se bem que existem particularidades que só são observadas “in loco”, surpreendeu-me o facto da Enfª Telma já ter bastantes conhecimentos relativos à técnica em causa.

Um outro aspecto bastante importante, e que diz respeito ao projeto de estágio delineado, é a importância que a Enfª Telma dá à avaliação e tratamento da dor, principalmente no doente inconsciente, mas também no doente consciente. Para mim, torna-se por vezes revoltante perceber que um doente tem dor, e não poder ou não conseguir, diminuir o desconforto do doente. Por isso, espero que o trabalho desenvolvido pela Enfª Telma possa vir a ter alguma implicação no serviço, de modo a poder vir a ajudar no tratamento da dor dos doentes internados no SMI.

De salientar ainda as observações bastante pertinentes que a Enfª Telma faz em relação a diferentes situações (observações críticas). Foi também com algum agrado que soube que a Enfª Telma tem tentado alterar alguns comportamentos, bem como implementar alguns protocolos novos no seu serviço de origem, inspirada pela experiência que tem tido no SMI.

Enf.º Vítor Ferreira

Data: 11/10/2011

Tutor: Anabela Mendes

Data: 11/10/2011

Orientador: Vítor Ferreira

Data: 11/10/2011

Estudante: Telma Lopes





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste estágio tive a preocupação de dar a conhecer aos meus orientadores e a alguns dos elementos significativos da equipa multidisciplinar o meu projecto de estágio, expondo as motivações que me levaram a escolher a temática da avaliação da dor no doente crítico inconsciente, assim como o percurso que efectuei para fundamentar a minha escolha.

Após conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço tive mais tempo para a prestação directa de cuidados, com especial interesse na prestação de cuidados à pessoa / família em situação crítica a vivenciar processos de dor, tendo assim oportunidade de desenvolver competências na gestão diferenciada da mesma.

Observei e reflecti sobre as práticas de avaliação da dor no serviço, identificando necessidades de formação da equipa de enfermagem. Disponibilizei-me para elaborar uma sessão formativa em resposta às necessidades identificadas.

Na fase inicial do estágio senti necessidade de realizar pesquisas bibliográficas para fundamentar a minha prática, procurei reflectir com os meus orientadores os resultados dessa pesquisa integrando-os na minha prática.

Consegui estabelecer boas relações com o doente e sua família e também com a equipa multidisciplinar.

Concluo que este estágio está a ser muito bom em termos de oportunidades de desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica.

Telma Lopes

Data: 11/10/2011

Tutor: Anabela Mendes

Data: 11/10/2011

Orientador: Vítor Ferreira

Data: 11/10/2011

Estudante: Telma Lopes



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Antes de mais, espero que este estágio tenha contribuído para o enriquecimento, quer pessoal, quer profissional da Enfermeira Telma.

A temática da dor tem para mim bastante importância. A meu ver, alguns elementos da equipa de saúde do SMI, negligenciam a dor, não a tratando com a importância que lhe é devida, pelo que, torna-se difícil, para mim, prestar cuidados de Enfermagem a um doente crítico, sabendo que tem dor, e não poder administrar-lhe um analgésico de modo a controlar essa mesma dor. Espero que a presença da Enfermeira Telma no serviço, possa, uma vez mais, chamar à atenção para este problema.

A presença da Enfermeira Telma foi apreciada pelos restantes elementos da equipa de enfermagem da qual faço parte, quer pelo seu trabalho, na prestação de cuidados aos doentes, bem como na aplicação do seu projeto de estágio. Apesar de ter sido uma passagem curta pelo serviço, fiquei bastante satisfeito, com a sua prestação, a cuidar de doentes como aqueles que se encontram no SMI.

Também fiquei satisfeito por saber que alguns dos conhecimentos adquiridos pela Enfermeira Telma, já foram sendo aplicados no seu serviço, onde habitualmente desempenha funções.

É difícil para mim conseguir exprimir neste pequeno espaço, a forma como este estágio decorreu. No entanto penso que decorreu de uma forma bastante positiva, pelo que faço uma avaliação global de Muito Bom.

Enf.º Vítor Ferreira

Data: 14/11/2011

Tutor: Anabela Mendes

Data: 14/11/2011

Orientador: Vítor Ferreira

Data: 14/11/2011

Estudante: Telma Lopes

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A apreciação que faço desta primeira fase do meu percurso de aquisição/desenvolvimento de competências é positiva. As 275 horas (distribuídas por 11 semanas) de estágio no SMI foram ao encontro das minhas expectativas.

Foram semanas ricas em oportunidades de aprendizagem, onde consegui, na prestação directa de cuidados à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica, mobilizar conhecimentos para planear, executar e avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades identificadas.

A orientação da Enfermeira Cristina Edra, do Enfermeiro Vítor Ferreira e da Professora Anabela Mendes foram facilitadoras deste processo. Foram vários os momentos de reflexão da e na prática clínica.

A sessão formativa sobre a avaliação da dor utilizando a escala BPS, em resposta às necessidades identificadas no serviço foi uma excelente oportunidade de mobilizar conhecimentos e experiências, contribuindo para a promoção de práticas de cuidados com qualidade.

Tive especial interesse pela prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica a vivenciar processos de dor, emergindo assim o desenvolvimento de competências diferenciadas na avaliação e controlo da dor no doente crítico inconsciente.

Concluo que o meu desempenho foi muito bom e que estou no bom caminho para concretizar os objectivos que me propus atingir no projecto de estágio.

Telma Lopes

Data: 14/11/2011

Tutor: Anabela Mendes

Data: 14/11/2011

Orientador: Vítor Ferreira

Data: 14/11/2011

Estudante: Telma Lopes



APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

- A Teófilo tem seguido a metodologia adequada de trabalho de projeto.
 - Identificou esta necessidade muito, frequente e fundamental para a prática e fez alguns elementos da equipa, ao longo da sua prática de cuidados.
 - Depois procedeu a envolver outros elementos de educação que colaboram no atingimento dos objetivos, dando a conhecer os instrumentos existentes em reuniões informais.
 - Interativamente através de reuniões de trabalho programadas "tocou" os restantes colegas da equipa, procurando implicar todos no projeto e desenvolver nelas novas competências, tirando também das outras propostas/sugestões.
 - Tratando-se de um projeto/processo dinâmico e a ser realizado num contexto temporal de médio/longo prazo, considero que a Teófilo tem demonstrado elevada capacidade e empenho para potencializar neste trabalho e no grupo, o desenvolvimento das suas competências técnicas, cognitivas e emocionais.
 - O trabalho no âmbito deste projeto está também muito relacionado com as práticas e perfis existentes na Unidade.
 - Por outro lado a Teófilo cumpre a sua parte a um dos objetivos do Serviço e do Hospital.

Data:

Tutor

Alcetebe Deus

Assinatura

Data:

Orientador

Isabel Fátima Pereira das Veigas

Data:

Estudante

Teófilo Hugo de Sá Lopes

Teófilo Lopes

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Nas primeiras semanas de estágio na UTMO procurei dar a conhecer o meu projecto à Enf. Orientadora/Enf. Chefe e aos restantes elementos da equipa interdisciplinar (incluindo o Director de serviço).

Em conversas informais com vários elementos da equipa de enfermagem fiz o levantamento de necessidades em termos de formação na área do doente crítico e na área da avaliação da dor. Em resposta às necessidades identificadas fiz 2 momentos de formação onde 80% dos enfermeiros estiveram presentes. Na 1ª sessão foram identificadas algumas lacunas da mesma, nomeadamente a falta de inclusão de escalas de avaliação da dor para doentes com alterações do estado de consciência que não estão ventilados, nem sedados. Na 2ª sessão foi incluída a escala do observador entre outras alterações. Nas 2 sessões de formação a assistência foi muito interventiva, demonstrando interesse pela problemática apresentada e avaliando-a como muito pertinente para a melhoria dos cuidados prestados.

Ao longo destas 5 semanas de estágio tenho procurado mobilizar conhecimentos adquiridos no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico e sua família de forma geral e especificamente no âmbito da avaliação da dor no doente crítico inconsciente, desenvolvendo actividades que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados (Ex: colocação da BPS em local visível na UTMO para consulta rápida, elaboração do manual de apoio à avaliação da dor, verificação frequente de material e equipamento de monitorização do doente em estado crítico).

Também procurei envolver alguns dos elementos da equipa de enfermagem na promoção de práticas de cuidados à pessoa em situação crítica com a elaboração de formações em conjunto.

Considero que estou a caminhar rumo à concretização dos objectivos de estágio propostos de forma positiva.

Telmo Lopes

Data

Tutor

Isabelo Teles

Assinatura

[Assinatura]

Data

Orientador

Prof.ª Isabel Romão da Silva

Prof.ª Isabel Romão da Silva 3432

Data

Estudante

Telmo Henrique Galvão Lopes

Telmo Lopes

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

- Concluiu o Estágio na UTMO (NSH-CHLN) em que se propôs observar e refletir sobre a prática de avaliação da dor no doente crítico inconsciente, considerando tra atingido na sua totalidade as objetivos definidas.
- Além de uma metodologia bem planeada, muito participativa em que envolveu alguns colaboradores da equipa, cumpriu os papéis previstos para as diferentes atividades/acções.
- Porque se trata de facto de um projecto inovador no qual não só a Unidade de Internamento como o Hospital está a implementar, o processo formativo realizado pela Telma, contribuiu bastante para o desenvolvimento de competências não só da pessoa como dos restantes elementos da equipa, na gestão comunicada da dor no doente inconsciente.
- O projecto será divulgado no próximo dia 23/02 a toda a Equipa Clínica do Serviço, e novos enfermeiros que chegam e partem assistirá a apresentação.
- Porque é um projecto dinâmico e a realizar num paciente temporário de médio/longo prazo no Hospital, tem continuidade a nível institucional.

Data: 08/02/2012

Tutor

Telma Lopes

Enf.ª Clíca
n.º 7432

Assinatura

Telma Lopes

Data:

Orçador

Telma Lopes

7432

Data:

Estudante

Telma Lopes

Telma Lopes



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A apreciação que faço do percurso de aquisição /desenvolvimento de competências efectuado na UTMO é positivo, as 225 horas distribuídas por 10 semanas foram utilizadas para identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem na área da avaliação da dor e no cuidado ao doente crítico e posteriormente elaborar sessões formativas em resposta às necessidades identificadas. Os conhecimentos adquiridos no estágio realizado anteriormente no SMI foram mobilizados e adaptados ao contexto da UTMO e ao contexto do doente hemato-oncológico em estado crítico.

Considero que as actividades desenvolvidas ao longo do estágio contribuíram para a promoção de práticas de cuidados com qualidade e que consegui desenvolver competências diferenciadas na avaliação e controlo da dor no doente crítico inconsciente. A orientação da Enfermeira Chefe e da Professora Anabela Mendes foram facilitadoras deste processo. Foram vários os momentos de reflexão da prática clínica. Tive a preocupação de envolver os colegas no meu projecto de estágio, assim como a restante equipa multidisciplinar.

Concluo que o meu desempenho foi muito bom e que consegui concretizar os objectivos que me propus atingir no projecto de estágio.

Data: 08/02/2012

Data: 8.02.2012

Tutor: Isabel Fátima Pereira de Azevedo 7432

Orientador: Anabela Mendes

Estudante: Tatiana Margarida Costa Lopes, n.º 3242

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: Tatiana Lopes