



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR - UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA UCI

Tânia Isabel Alves Nobre

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR - UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA NA UCI

Tânia Isabel Alves Nobre

Orientadora: Professora Doutora Carla Nascimento

2013



“Enfermagem é algo que se faz com a cabeça, o coração e as mãos.”

Virgínia Henderson

AGRADECIMENTOS

Embora a realização deste relatório seja resultado do esforço e de um empenho pessoal, este só se tornou exequível através do apoio e incentivo de vários intervenientes, aos quais quero aqui expressar o meu enorme apreço.

À Professora Doutora Carla Nascimento, pela orientação, disponibilidade, ajuda e acompanhamento ao longo deste trabalho.

A todos os professores deste curso de mestrado que, com os seus ensinamentos e a sua imensa experiência, tanto me enriqueceram.

Ao meu marido Vítor Hugo, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis de todo este percurso, pelas palavras de coragem e incentivo, pelo amor e pela sua enorme paciência.

À minha filha Leonor, cujo sorriso enche todos os dias o meu coração de alegria e força.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo seu amor, carinho, compreensão e apoio incondicional.

À minha amiga Cristina, pelo apoio e ajuda nos momentos mais críticos.

Aos meus grandes amigos, pelo tempo que não pude estar com eles, mas que mesmo assim, me deram força para continuar.

E aos colegas de curso, em especial à Teresa, Cláudia, Vanda e Nuno, por todos os momentos bem passados e pela partilha de experiências.

A todos vós, o meu muito Obrigada.

RESUMO

A dor é uma experiência subjetiva e transversal a todo o ser humano. O modo como é percebida e exteriorizada pelo indivíduo depende de inúmeros factores (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011; Direção Geral de Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2008). A dor na pessoa em situação crítica nos cuidados intensivos é uma realidade com grande expressão pelo que a sua avaliação e controlo representam uma responsabilidade acrescida ao enfermeiro.

Na minha prática profissional no âmbito da pessoa em situação crítica do foro neurocirúrgico, frequentemente sedada e ventilada, reconheço a falta de uma abordagem de enfermagem sistematizada da dor. Assim, em contexto de estágio de mestrado, pretendo adquirir e desenvolver competências de enfermagem especializadas na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica e, construir uma instrução de trabalho de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos.

Em três serviços de unidades de saúde diferentes tive oportunidade de desenvolver a gestão da dor e do bem-estar, a gestão do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e gestão da comunicação com a pessoa/família em situação crítica.

Dou relevo a uma apropriação do uso complementar das medidas não farmacológicas de controlo da dor com as medidas farmacológicas e das aquisições feitas no campo da comunicação com a pessoa/família em situação crítica. Sucederam igualmente concretizações que passam pelo processo de validação para Portugal de uma escala de avaliação da dor no doente neurocrítico (NVPS) e pela implementação de um protocolo de analgesia no meu contexto de trabalho

Palavras-chave: dor, pessoa em situação crítica, unidade de cuidados intensivos

SUMMARY

Pain is a subjective experience and transversal to every human being. How is perceived and externalized by an individual depends on many factors (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011; Direção Geral de Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2008). Pain in a person in critical condition in intensive care is a reality with strong expression so its evaluation and control represent a greater responsibility to the nurse.

In my professional practice within the person in neurosurgical critical condition often sedated and ventilated, I recognize nursing lack of a systematic approach to pain. Therefore, in the context of master's internship I intend to acquire and develop specialized nursing skills in assessment and management of pain the person in critical condition and build a work instruction in nursing assessment and management of pain the person in critical condition in a unit intensive care.

I had the opportunity to develop pain management and wellness, the management of the establishment of the therapeutic relationship with the person / family in critical condition and management of communication with the person / family in critical condition in three different health units.

I give relevance to an appropriation of the complementary use of non-pharmacological pain control with pharmacological measures and the acquisitions made in the field of communication with the person / family in critical condition. Achievements also succeeded in the process of validation for Portugal of a rating scale of pain for the patient neurocritical (NVPS) and the implementation of a protocol for analgesia in my work context.

Key-words: Pain; Person in critical condition; Intensive care unit

SIGLAS E ABREVIATURAS

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CPOT – *Critical-Care Pain Observation Tool*

ECMO – *Extra Corporeal Membrane Oxygenation*

EVA – Escala Visual Analógica

GCS – *Glasgow Coma Scale*

NC – Neurocirurgia

NHF's – Necessidades Humanas Fundamentais

NPAT – *Nonverbal Pain Assessment Tool*

NVPS – *Nonverbal Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAIN Algorithm – *Pain Assessment and Intervention Notation algorithm*

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SPCI – Sociedade Portugueses de Cuidados Intensivos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCI's – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO.....	13
1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – UM OLHAR DE ENFERMAGEM.....	17
1.1 A dor enquanto experiência crítica	17
1.2 Cuidar da pessoa com dor.....	22
1.3 Abordar a dor na UCI.....	25
2. PERCURSO DESENVOLVIDO.....	33
2.1 Unidade de cuidados intensivos polivalente	33
2.2 Unidade de cuidados intensivos polivalente/ serviço de medicina intensiva.....	41
2.3 Unidade de cuidados intensivos de neurocirurgia.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

ANEXOS

Anexo I – Análise de escalas de avaliação da dor

Anexo II – Estudo de caso

Anexo III – Sessão de formação “Hemorragia subaracnoideia/ Aneurismas – Implicações para a prática de enfermagem” na UCIP

Anexo IV – Artigo no prelo – “Controlo da dor no doente inconsciente - revisão sistemática da literatura”

Anexo V – Reflexão crítica

Anexo VI – Questionário “Cuidar do doente crítico com dor através de

medidas não farmacológicas” na UCIP/SMI

Anexo VII – Sessão de formação “Cuidar do doente crítico com dor através de medidas não farmacológicas” na UCIP/SMI

Anexo VIII – Folha de registos de enfermagem na UCIP/ SMI

Anexo IX – Folha de registos de enfermagem de escalas de avaliação da dor na UCIP/SMI

Anexo X – Sessão de formação “Avaliação e Registo da Dor no doente crítico” na UCI-NC

Anexo XI – Instrução de trabalho de enfermagem sobre avaliação e registo da dor na UCI-NC

Anexo XII – Protocolo de Investigação - Tradução, Adaptação e Validação da Nonverbal Pain Scale para o contexto nacional

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
QUADRO 1 – Escalas de avaliação da dor.....	27
QUADRO 2 – Objetivos e as atividades desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos polivalente.....	34
QUADRO 3 – Objetivos e as atividades desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos polivalente/serviço de medicina intensiva.....	42
QUADRO 4 – Objetivos e as atividades desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos	49

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
FIGURA 1 – Escada Analgésica da OMS.....	30

INTRODUÇÃO

A dor consiste numa experiência com forte impacto nos índices de morbilidade e de mortalidade da pessoa em situação crítica (Blenkhran, Faughnan & Morgan, 2002; Ofori, 2009; Pasero et al., 2009; Shannon & Bucknall, 2003). Esta condição conduz os enfermeiros a uma maior responsabilidade ética e profissional, dado que a “dor é uma realidade filosoficamente imperfeita” (Direção Geral de Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001, p. 5), complexa e acima de tudo uma experiência individual e subjetiva, dependente de diversos fatores, não só fisiológicos, como também emocionais, culturais, cognitivos e sociais (Al-Shaer, Hill & Anderson, 2011; Direção Geral de Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O estudo da dor tem vindo a ser desenvolvido essencialmente durante os últimos anos da segunda metade do século XX, considerada como uma das realidades mais frequentes em contexto de doença requerendo a sua avaliação de dois intervenientes – a pessoa que experiencia a vivência de dor e a pessoa que a avalia.

A minha prática profissional é desenvolvida no âmbito da pessoa em situação crítica do foro neurocirúrgico, frequentemente sedada e ventilada, imperando um condicionamento à comunicação verbal, tornando desta forma a avaliação e o controlo da dor processos com maior dificuldade. Pressupondo que muitas intervenções de enfermagem podem estar associadas à dor, senti necessidade de adquirir e desenvolver conhecimento e competências nesta área, sendo este o tema do presente relatório de estágio realizado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Apesar dos avanços de investigação sobre a temática em causa, esta continua a constituir uma problemática em crescimento, sendo mesmo referida como um dos agentes de *stress* mais comum pela pessoa em situação crítica (Blenkhran, Faughnan, & Morgan, 2002). Entende-se por *pessoa em situação*

crítica (...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

Perante uma análise efectuada no meu serviço aos registos de enfermagem dos processos clínicos bem como, nas conversas informais com os meus pares (diagnóstico de situação), faz-se notar que a avaliação e o registo da dor não acontecem de forma sistemática, apesar da existência do procedimento multisectorial “Avaliação e Registo da Dor”. A inexistência de uma abordagem de enfermagem estruturada da dor foi por mim discutida com a equipa de enfermagem emergindo uma necessidade coletiva de mudança.

A avaliação e o controlo da dor na pessoa em situação crítica constituem um desafio complexo para os profissionais de saúde (Puntillo, 2003). Em Portugal, no decorrer do ano de 2003, a Direção Geral de Saúde [DGS] definiu a dor como o “5º sinal vital” passando a ser considerada como boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor. Como reflecte a literatura, o controlo da dor assume, para os profissionais de saúde, uma prioridade reduzida quando comparado com um quadro de instabilidade respiratória ou hemodinâmica pois, e embora seja uma problemática reconhecida, a sua importância parece continuar a ser subestimada (Li, Puntillo & Miaskowski, 2008; Pudas-Tähkä, Axelin, Aantaa, Lund, & Salanterä, 2009) tornando premente uma abordagem de enfermagem sistematizada da dor na pessoa em situação crítica. Ao procurar ser uma profissão autónoma, a enfermagem, os seus profissionais, necessitam de ter e produzir conhecimento e saberes específicos e próprios.

Pelo exposto, e de acordo com as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação e as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE], em 2011, para o Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Crítica, pretendo com este estágio adquirir e desenvolver as seguintes competências: gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica; gestão da

comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica. Assim, defini os como objetivos de estágio:

- Adquirir e desenvolver competências de enfermagem especializadas na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica.

- Construir uma instrução de trabalho de avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica numa unidade de cuidados intensivos.

A sustentar este percurso escolhi a teoria de enfermagem de Virgínia Henderson (1978), fundamentando a dor como uma experiência subjetiva e que as experiências subjetivas são exatamente o enfoque da enfermagem.

O presente relatório encontra-se organizado em três momentos. Um primeiro momento referente ao quadro teórico norteador da minha acção, subdividido em três subpontos. Um segundo, no qual pretendo dar a conhecer as actividades que desenvolvi nos diferentes contextos de estágio de modo a operacionalizar os objetivos propostos. E por último, as considerações finais a destacar algumas notas conclusivas, limitações e sugestões de desenvolvimento.

1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS – UM OLHAR DE ENFERMAGEM

Este momento do trabalho, organizado em três subpontos, apresenta os pressupostos e os conceitos norteadores da minha intervenção em estágio, suportada na revisão da literatura realizada na Base de Dados EBSCO, concretamente na MEDLINE e CINHALL com os seguintes descritores: (*pain assessment OR pain measurement OR pain management*) AND (*criticalcare OR intensive care OR intensive care unit* OR critically ill patients*) AND (*nonverbal*) AND (*adult or middle age**).

1.1. DOR, UMA EXPERIÊNCIA CRÍTICA

Apesar de desde sempre existir referência à dor, foi a partir de 1960 que a investigação na área começou a surgir (Loeser, 2001). O primeiro livro sobre o tratamento da dor, intitulado “*Management of Pain*”, foi publicado em 1953 por Bonica (*ibidem*, 2001) que anos mais tarde viria a tornar-se professor da disciplina de anestesia na Universidade de Washington.

O desenvolvimento da abordagem biopsicossocial, na década de 70, contribuiu para que, em 1979, a *International Association for the Study of Pain* [IASP], define-se a dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Esta é, talvez ainda hoje, uma das mais abrangentes definições de dor, descrita como uma situação que envolve todas as dimensões da pessoa e não como um mero acontecimento.

Numa experiência dolorosa, os aspetos sensitivos, emocionais, cognitivos e socioculturais estão interligados de modo indissociável, fazendo com que a dor seja sempre uma experiência subjetiva e pessoal e apreendida pela experiência. Ao pensar na dor enquanto experiência subjetiva, e sendo as experiências subjectivas o enfoque da enfermagem (Henderson & Nite, 1978), a dor é entendida como uma intervenção prioritária de enfermagem.

Em 1999, a DGS em colaboração com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) criou um grupo de trabalho que viria a elaborar o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001. Este plano considerado inovador a nível nacional e internacional (na Europa apenas a França possuía igualmente um plano governamental de combate à dor), descrevia os modelos organizacionais para a abordagem da dor em contexto hospitalar e enunciava orientações para o seu controlo. Ainda no decorrer do ano de 1999 é instituído em Portugal o “Dia Nacional de Luta contra a Dor”.

Em 2003, a DGS elaborou a Circular Normativa nº 9 que visava a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, elevando a dor à categoria de 5º sinal vital. Portugal foi um dos países pioneiros na criação de normas para a sua implementação. De acordo com a DGS (2003, p. 1), “A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”, o que faz com que uma das razões de procura dos serviços de saúde seja a existência de dor, conforme revelam estudos realizados.

No estudo de Desbiens et al., (1996), com 5176 doentes de diferentes especialidades médicas de cinco hospitais (através de entrevistas sobre a experiência de dor), revelou que cerca de 50% dos doentes referiram ter experienciado dor e desses, 15% referiram dor moderada a severa. Granja et al., (2005), num estudo realizado com 1433 doentes de dez UCI portuguesas, verificaram que 64% dos doentes que se recordavam do seu internamento referiram a dor como sendo o acontecimento mais traumático.

No ano de 2002, o Observatório Nacional de Saúde realizou um estudo sobre a prevalência da dor em Portugal, através de entrevista telefónica às famílias portuguesas. Concluiu-se que cerca de 74% dos entrevistados tinham tido algum tipo de dor nas duas semanas anteriores à entrevista telefónica. No entanto, o número reduzido da amostra, bem como a dificuldade em determinar a intensidade da dor e a sua importância clínica não permitiram estabelecer a prevalência da dor em Portugal (Direção Geral da Saúde, 2008).

Durante muito tempo a dor foi percebida como algo inevitável, como uma fatalidade. Atualmente, devido ao conhecimento de que se dispõe deseja-se

uma mudança de pensamento. A DGS refere que “todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes” (2003, p. 4), tornando-se a dor um grave problema de saúde pública (Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica & Fernandes, 2009).

Em 2004, a IASP criou o “Ano Global contra a Dor”, elegendo como tema “O tratamento da dor deve ser um direito humano”. Mais tarde, em 2011, a APED, em conjunto com mais 50 instituições de todo o mundo, conseguiu assegurar o reconhecimento do acesso ao tratamento da dor como um Direito Humano Fundamental, decisão essa que foi efetivada com a assinatura da Declaração de Montreal. Esta declaração enfatiza que cinco milhões de pessoas em todo o mundo vivem em países com inadequado ou insuficiente acesso ao tratamento da dor (First International Pain Summit, 2010). Refere também que existem inúmeras razões para que o tratamento da dor seja inadequado, tais como: a existência de um acesso inadequado ao tratamento para a dor aguda e incapacidade de reconhecer a dor crónica como um grave problema de saúde; défices importantes no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os mecanismos de gestão e da dor; o facto da maioria dos países não ter uma política nacional adequada relativamente ao controlo da dor enquanto um problema de saúde, incluindo um nível adequado de investigação e educação.

Tendo em conta os princípios do Programa Nacional de Controlo da Dor, todos os doentes têm o direito a um controlo da dor adequado às suas necessidades (Direção Geral da Saúde, 2008) sendo o controlo inadequado da dor um dos grandes problemas dos cuidados de saúde (Al-Shaer, Hill, & Anderson, 2011).

Segundo a OE (2008) o controlo da dor é um objetivo prioritário e por isso mesmo definiu princípios a considerar na avaliação e controlo da dor da pessoa, dos quais se destacam:

- “- Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor;
- A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua;
- A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação;
- O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada;
- A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida;

- Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado” (p. 13).

Tem sido notório o crescente interesse dos profissionais de enfermagem por esta área. Segundo Castro Lopes (2003, p. 1), “uma pesquisa bibliográfica na Medline demonstrou que nos últimos dez anos foram publicados mais de 110.000 artigos sobre dor, o que representa mais de 40 novos artigos por cada dia de trabalho!”, o que demonstra a importância atribuída à dor e ao seu impacto no bem-estar. Assim sendo, ter conhecimento da avaliação e controlo da dor é uma necessidade para qualquer profissional de enfermagem.

Com o objetivo de caracterizar a experiência da dor têm sido elaborados instrumentos para a sua avaliação, os quais podem ser de autoavaliação (“*gold standard*”) ou de heteroavaliação. Nos instrumentos de auto-avaliação a pessoa caracteriza a dor que sente. Quando tal não é possível, especialmente em contexto de cuidados intensivos por ser um local onde existem muitos fatores que podem comprometer e/ou alterar a comunicação da pessoa, tais como, a ventilação mecânica, a sedação e a alteração do estado de consciência (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion, & Puntillo, 2004), recorre-se a instrumentos de heteroavaliação. Estes instrumentos contribuem para melhorar o controlo da dor, principalmente em contexto de cuidados intensivos (Cade, 2008), no entanto, e até ao presente nenhum instrumento é aceite como o “*gold standard*” na avaliação da dor na pessoa em situação crítica (Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008; Pudas-Tähkä et al., 2009, Stites, 2013).

Sendo a dor um sinal vital cuja avaliação envolve subjectividade, esta deverá ser feita de forma contínua e regular (Direção Geral da Saúde, 2003), visando uma otimização da analgesia e alívio da dor e promovendo o bem-estar e melhoria da qualidade de vida da pessoa.

Importa lembrar que a avaliação e o registo sistematizado da dor contribuem também para a identificação precoce de complicações, uma vez que a dor é um sinal de alerta de diversas situações patológicas. O facto de existir um registo de dor possibilita a monitorização da sua evolução e uma avaliação às intervenções realizadas, “O uso de registos, como rotina, encoraja quem cuida dos doentes em situação crítica a reavaliar continuamente o tratamento da dor e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas” (Direção Geral de Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001, p. 32).

Sendo assim, “sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que eliminem ou reduzam para níveis aceitáveis pela pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 17).

De salientar também que outra dimensão do controlo da dor passa pela sua prevenção na medida em que a “prevenção da dor é mais eficaz que o tratamento da dor estabelecida, pelo que devem ser concebidos antecipadamente planos terapêuticos individualizados, com objetivos definidos no tempo em termos do nível de analgesia pretendido” (Vilela & Ferreira, 2006, p. 90). Todavia, nem sempre se consegue alcançar uma analgesia adequada pois existem fatores que podem interferir e/ou impedir um controlo eficaz da mesma. Foram reconhecidas algumas barreiras que podem contribuir para que a abordagem à dor não seja totalmente eficaz, nomeadamente, o sistema de cuidados de saúde, os profissionais de saúde prestadores de cuidados e o doente/família (National Pharmaceutical Council , 2001; Pasero et al., 2009; Schoonderbeek, 2008). Ao nível do sistema de saúde, os fatores dizem respeito a uma ausência de normas de articulação para uma boa prática e a recusa em fazer do alívio da dor uma prioridade. No que diz respeito aos profissionais de saúde, são muitas as dificuldades identificadas, tais como: atitudes, crenças e comportamentos, práticas enraizadas e dificuldade em reconhecer a existência de dor, dificuldade em valorizar o autorrelato na avaliação da dor, relutância em utilizar analgésicos potentes, porque estes podem mascarar o diagnóstico, pelos seus efeitos secundários e/ou os eventos adversos, e a sua interação com outras terapêuticas. Outro dos motivos que também contribui para esta ineficácia diz respeito à falta de formação adequada dos profissionais de saúde. No que respeita à pessoa/família, a maior barreira encontrada refere-se à comunicação, mais propriamente, a dificuldade de comunicação entre pessoa/família e a equipa de saúde, que contribui consideravelmente para o ineficaz controlo da dor. Esta dificuldade pode resultar da conjugação de vários fatores, como seja, a idade, língua, capacidades cognitivas, doença física e/ou psicológica e tradições culturais.

Em síntese, os avanços na investigação da dor têm permitido compreender os seus mecanismos, métodos de avaliação e tratamento, o que tem ajudado na melhoria das práticas do controlo da dor. Porém, parece não ser ainda o

suficiente uma vez que o controlo da dor continua a revelar importantes lacunas na prática clínica (Wyrick, Adesanya, & Joshi, 2007).

Como tem vindo a ser sublinhado, e apesar da crescente preocupação dos profissionais de enfermagem, a dor parece continuar a ser frequentemente subestimada (Jacobi, Fraser, Coursin, Riker, & Fontaine, 2002; Odhner, Wegman, Freeland, Steinmetz, & Ingersoll, 2003), sendo premente encontrar novas estratégias e implementar medidas que minorem o impacto desta problemática, assim como é indispensável a formação dos profissionais nesta área. É importante saber reconhecer comportamentos significativos de dor e proceder a uma correta avaliação da mesma, porque “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 efetiva humanização das Unidades de Saúde” (Direção Geral da Saúde, 2003, p. 1). Um controlo eficaz da dor “ajuda a prevenir potenciais complicações, favorece a precocidade da alta e contribui para a humanização dos cuidados” (Direção Geral de Saúde & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2001, p. 27).

1.2. CUIDAR DA PESSOA COM DOR

Cuidar é algo intrínseco à condição de ser humano e à medida que transpomos as várias etapas do ciclo vital vamos sendo prestadores de cuidados ou alvo desses mesmos cuidados. Hesbeen (2000) considera o cuidar como a “arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (p. 37).

Todavia, o processo de cuidar não se deve guiar exclusivamente pela identificação de sinais ou sintomas mas também pelas modificações que ocorrem na estrutura da pessoa e que alteram o seu todo. Embora o cuidar esteja inerente aos cuidados de enfermagem, não é exclusivo dos mesmos, contudo “os enfermeiros dispõem de trunfos suplementares e de oportunidades bem maiores para exercerem essa arte de cuidar” (Hesbeen, 2000, p. 46). Ou seja, entre os profissionais de saúde que prestam cuidados à pessoa, os profissionais de enfermagem destacam-se por terem “à sua disposição um leque de meios e tempos de ação mais amplos que os outros profissionais”

(Hesbeen, 2000, p. 47), com a finalidade de contribuir para o bem-estar do outro. Os cuidados de enfermagem são “compostos de múltiplas ações que são, sobretudo, e apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas» que dão possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares” (ibidem, 2000, p. 47).

No cuidar existe uma relação estreita com a ética, promoção da vida e humanização dos cuidados de saúde. Este baseia-se na relação de ajuda, na atenção ao Outro, na escuta, na compreensão e no respeito visando essencialmente o bem-estar da pessoa. Ao prestar cuidados o profissional de enfermagem “tem uma oportunidade de ouvir o doente (...), de identificar-se com ele e com a sua família, avaliar as suas necessidades e construir uma relação pessoal de ajuda, essencial para uma enfermagem mais eficaz” (Henderson, 2007, p. 71). A relação próxima que se consegue estabelecer com o Outro permite uma intervenção de enfermagem mais adequada às necessidades específicas de cada pessoa, seja qual for a situação em que esta se encontre.

Segundo a teoria de Virgínia Henderson (2007), o cuidar centra-se na independência da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas fundamentais, em que o papel ou a função do profissional de enfermagem consiste em “ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria se tivesse a força, a vontade ou conhecimentos necessários” (p. 3).

Os cuidados de enfermagem prestados têm sempre por base as necessidades humanas fundamentais, que de uma forma genérica são comuns a todo o ser humano. A forma de as satisfazer e priorizar é que varia de pessoa para pessoa. Assim, os cuidados de enfermagem “são compostos pelos mesmos componentes identificáveis, mas esses devem ser modificados e prestados de várias maneiras de acordo com as necessidades de cada pessoa” (Henderson, 2007, p. 10).

Pelas características das suas intervenções, o profissional de enfermagem deverá ter uma preocupação acrescida com a abordagem da dor, ajudando a pessoa a ultrapassar os desconfortos inerentes (Henderson & Nite, 1978),

fomentando o apoio emocional, espiritual e pessoal (World Health Organization [WHO], 2007). Conforme defende a OE (2008), “perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de prestar cuidados que elimine ou diminua de intensidade, sempre que o cuidado apropriado implique prescrição de fármacos, é do seu dever, no agir em complementaridade, no respeito pelo cuidado em tempo útil da pessoa que sofre, comunica ao médico a avaliação feita” (p. 27).

Tendo em conta as alterações fisiológicas que a dor pode provocar na pessoa em situação crítica compete aos profissionais de enfermagem antecipar as suas necessidades, procurando que estas sejam satisfeitas e favorecendo «à posteriori» a sua independência. Virgínia Henderson (2007) enaltece esta ideia pois segundo a mesma “a enfermeira é, temporariamente, a consciência do inconsciente” sendo que “é esta necessidade de estimar as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação, que faz da enfermagem um serviço da maior importância” (p. 5).

Considerando o exposto, o papel do enfermeiro no cuidar da pessoa com dor deverá ser bastante abrangente, deverá ser uma intervenção integradora o que implica avaliação, controlo e administração de analgesia ou implementação de outras medidas que promovam o seu alívio (Blondal & Halldorsdottir, 2009).

Sabendo que a enfermagem entende a pessoa como um todo, será válido pensar que o cuidar em enfermagem tem uma orientação holística, tendo em conta os fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar. Neste contexto, segundo Collière (1989, p. 296), preconiza-se que a prática de enfermagem se baseie numa “abordagem global antropológica que situa a pessoa no seu contexto de vida, tentando compreendê-la em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto”.

Em resumo, cuidar da pessoa em situação crítica com dor é complexo, requerente de saberes específicos, pelo que a adequação ou a “modificação dos procedimentos de enfermagem, mesmo os mais simples, de acordo com as necessidades individuais da pessoa, requerem um elevado grau de competência” (Henderson, 2007, p. 71), competência de enfermagem

especializada, *cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas* (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

1.3. ABORDAR A DOR NA UCI

A dor é um problema major na pessoa em situação crítica (Schoonderbeek, 2008) e tem sido identificada como um fator agravante desta mesma condição (Blenkhran, Faughnan, & Morgan, 2002) por poder comprometer o processo de recuperação. Ou seja, a pessoa em situação crítica é vulnerável quer à experiência subjetiva de dor quer aos seus efeitos fisiológicos. Ambos são fatores de risco comprovados para um aumento da morbidade, mortalidade e tempo de internamento (Shannon & Bucknall, 2003; Schoonderbeek, 2008).

Para vários autores (Gélinas, Fortier, Viens, Fillion & Puntillo, 2004; Jacobi et al., 2002; Schoonderbeek, 2008) a dor e o desconforto da pessoa em situação crítica pode ter várias causas. São disso exemplo: doenças pré-existentes, cirurgia, trauma e pode também ser ocasionada pela monitorização, dispositivos terapêuticos (cateteres, drenos, dispositivos de ventilação invasiva e não-invasiva), cuidados de enfermagem (aspiração de secreções, realização de pensos e mobilização/posicionamentos), intervenções médicas, administração de terapêutica e a imobilidade prolongada.

A pessoa em situação crítica necessita de meios avançados de vigilância e de terapêutica para a sua sobrevivência e/ou recuperação pelo que é internada em unidades de cuidados intensivos. Estas unidades integram “as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico” (Castro, Vilelas & Botelho, 2011, p. 42) e vêm dar resposta a situações de alto risco e de grande complexidade. Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica internada em UCI são *cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total* (Regulamento das

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

Deste modo, podemos dizer que a dor *é um fenómeno comum em cuidados intensivos*” (Vilela & Ferreira, 2006, p. 97) e que pode interferir significativamente na saúde, bem-estar e no *outcome* da pessoa, por ter *“repercussões importantes sobre homeostasia no doente crítico (ibidem, p. 97)*. Estima-se que 70% das pessoas internadas em cuidados intensivos experienciam dor de moderada intensidade durante o seu internamento (Pasero et al., 2009).

Em cuidados intensivos a avaliação sistemática da dor poder ser mais dificultada pela incapacidade da pessoa exteriorizar dor (Cade, 2008; Henderson & Nite, 1978; Stites, 2013), por estado de inconsciência, entubação orotraqueal, sedação, ventilação, entre outros. A dificuldade em comunicar é a vivência mais angustiante comumente relatada pela pessoa em situação crítica nos cuidados intensivos (Happ et al., 2011), pelo que se deverá dar mais atenção à avaliação comportamental, monitorizando indicadores como a hipertensão, taquicardia, aumento do débito cardíaco, taquipneia, aumento das necessidades do consumo de oxigénio, tensão muscular aumentada e inibição da motilidade gastrointestinal. Desta forma, a comunicação enfermeiro-doente reveste-se de uma dimensão de extrema importância no processo de cuidar da dor. Segundo Phaneuf (2005), a comunicação é “um processo de criação e recriação de informação, troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas” (p. 23). Como se sabe, esta é uma competência basilar à profissão de enfermagem, para orientar, informar, apoiar, confortar ou satisfazer as necessidades humanas fundamentais da pessoa a quem se presta cuidados.

No seio desta problemática têm vindo a ser desenvolvidas escalas de avaliação da dor visando uma maior objetividade. Um instrumento de avaliação da dor deve ter instruções bem definidas, ser curta, válida, distinguir a presença ou a ausência de dor e ser sensível às mudanças. Na literatura podemos encontrar várias escalas de avaliação da dor destacando-se as seguintes: *Pain Assessment and Intervention Notation (PAIN) algorithm*, *Behavioral Pain Scale (BPS)*, *Adult Nonverbal Pain Scale (NVPS)*, *Nonverbal Pain Assessment Tool (NPAT)* e *Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)*.

O Quadro 1 exibe as escalas mais referenciadas e os seus respectivos indicadores.

Quadro 1 – Escalas de avaliação da dor

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	INDICADORES
<i>BehaviorPainScale</i> (BPS)	Comportamentais: - Expressão facial; - Movimentos dos membros superiores; - <i>Compliance</i> com ventilador.
<i>NonverbalPainScale</i> (NVPS)	Comportamentais: - Expressão facial; - Actividade/movimentos; - Posição de defesa; Fisiológicos: - Fisiológicos 1 (alterações de sinais Vitais); - Fisiológicos 2 (outros sinais fisiológicos)
<i>Nonverbal Pain Assessment Tool</i> (NPAT)	Comportamentais: - Emoção; - Movimentos corporais; - Expressão facial; - Posição corporal e/ou de defesa;
<i>Critical Care Observation Tool</i> (CPOT)	Comportamentais: - Expressão facial; - Movimentos corporais; - Tensão muscular; - <i>Compliance</i> com ventilador.

A BPS é a escala mais antiga e já testada na pessoa em situação crítica (Cade, 2008). Os indicadores que a constituem são apenas comportamentais e baseiam-se na expressão facial, movimentos dos membros superiores e *compliance* (adaptação) da pessoa ao ventilador mecânico. Cada um destes indicadores contém vários descritores, numerados de 1 a 4. Uma numeração mais elevada revela um maior nível de desconforto (Stites, 2013). É uma escala cuja classificação pode ir de nível 3 (sem dor) até ao nível 12 (dor forte). O estudo de Aissaoui, Zeggwagh, Zekraioui, Abidi, & Abouqal (2005), demonstrou a validade da escala BPS e a sua fidedignidade na avaliação da dor na pessoa em situação crítica que não consegue expressar dor, sendo

possível detetar mudanças no estado clínico e nos procedimentos dolorosos através da sua utilização.

A NVPS, desenvolvida por Odhner et al., (2003), baseia-se numa escala projetada para crianças (Cade, 2008). Os indicadores que a constituem são comportamentais (expressão facial, atividade/movimentos, e adoção de posição de defesa) e fisiológicos, dividindo-se estes últimos em *fisiológicos I* (alterações nos sinais vitais) e *fisiológicos II* (temperatura e coloração da pele, sudorese, tensão muscular, entre outros). Cada indicador está classificado de 0 a 2, com um score total que pode ir de 0 (sem dor) a 10 (dor forte) (Cade, 2008; Li, Puntillo, & Miaskowski, 2008; Stites, 2013). Esta escala foi posteriormente revista passando a incluir uma categoria respiratória que inclui frequência respiratória, saturação de oxigénio periférico e adaptação (*compliance*) ao ventilador em substituição da categoria *fisiológicos II* (Stites, 2013). A categoria referente aos indicadores *fisiológicos II* parece não ter demonstrado alterações significativas como seria de esperar durante o estímulo doloroso. O estudo de Kabes, Graves e Norris (2009) refere que os resultados obtidos com a NVPS demonstram diferenças significativas antes, durante e após o estímulo doloroso.

A NPAT é uma escala que foi projetada para ser aplicada na pessoa em situação crítica que consegue, ou não, exteriorizar dor (Stites, 2013). Baseia-se na avaliação de indicadores comportamentais - emoções, movimentos corporais, expressão facial, posição corporal e/ou defesa. Esta escala não inclui o indicador da *compliance* ao ventilador, o qual parece ser considerado, na literatura mais recente, um aspeto importante na avaliação da dor. Apesar de ter sido projetada para avaliar a dor na pessoa em situação crítica que não consegue expressar dor, a NPAT não foi ainda validada neste sentido (Stites, 2013).

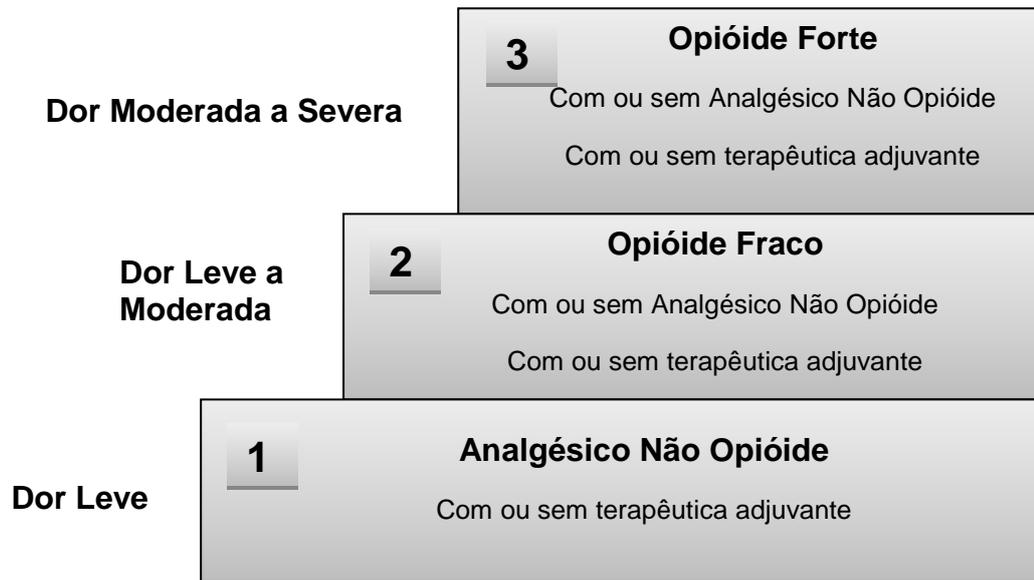
A CPOT foi desenvolvida por Gelinas et al., (2006), utilizando para tal elementos de outras escalas já existentes (incluindo a BPS) assim como outros aspetos do trabalho já desenvolvido pelos autores (Cade, 2008). Esta escala também só utiliza indicadores comportamentais - expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e *compliance* ao ventilador. Cada um destes indicadores está classificado de 0 a 2, com um score total que pode ir de 0 (sem dor) a 8 (dor forte) (Li et al., 2008; Stites, 2013). Um estudo realizado

por Gélinas (2010) com o objetivo de descrever as avaliações dos enfermeiros sobre a utilidade clínica da CPOT revela que mais de 90% destes consideram as orientações desta escala claras, simples de compreender e fáceis de completar; e mais de 70% mencionaram que esta foi útil para a sua prática clínica recomendando o seu uso.

Um estudo desenvolvido recentemente pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) revelou que em Portugal apenas 25% das UCI's utilizam instrumentos de avaliação da dor adequados à pessoa em situação crítica (Pinho, Carneiro, & Alves, 2012). A evidência científica indica que é necessária mais investigação nesta área de forma a encontrar a escala ideal para avaliar a dor na pessoa em situação crítica que não consegue exteriorizar dor, não existindo até à data uma escala que se possa afirmar totalmente válida e que seja uma referência (Li et al., 2008; Pudas-Tähkä et al., 2009; Stites, 2013).

Actualmente contamos com um conjunto de medidas farmacológicas e não farmacológicas que podemos aplicar na pessoa em situação crítica com dor. Estes são dois tipos de medidas que se complementam pois “uma intervenção isolada raramente proporcionará alívio completo” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 41). Relativamente às medidas farmacológicas, em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um regime analgésico baseado na intensidade da dor, descrito como a escada analgésica. Esta foi originalmente concebida para fornecer orientação no controlo da dor no cancro, todavia, esta é a estrutura que mais frequentemente é aplicada na prescrição analgésica tanto na dor aguda como na dor crónica (McMain, 2008). A escada analgésica é constituída por três degraus (Figura 1).

Figura 1 – Escada Analgésica da OMS (1986)



No primeiro degrau os analgésicos são não opióides - paracetamol, fármacos anti-inflamatórios não esteróides (AINES) e salicilatos. Neste degrau a dor é considerada ligeira, os analgésicos têm ação analgésica, antipirética e anti-inflamatória. Os fármacos deste degrau têm um efeito teto, ou seja, se aumentar a dose para além do que é recomendado causará efeitos secundários, tais como: insuficiência renal ou hepática, problemas gastrointestinais ou hemostase anormal.

No segundo degrau são utilizados opióides fracos considerados na dor leve a moderada, sendo incluídos o tramadol e a codeína. Estes fármacos também estão limitados por doses-teto.

No terceiro degrau da escada analgésica utiliza-se opióides fortes, com ou sem analgésicos não opióides e adjuvantes. Estes são usados para controlar a dor moderada a intensa em pessoas que não respondem às doses máximas dos tratamentos do degrau anterior.

Se a dor persistir ou se intensificar deve-se subir um degrau na escada analgésica e quando necessário podem ser utilizados fármacos adjuvantes em qualquer dos degraus (McMain, 2008). Estes fármacos podem ser ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos, anticonvulsivantes (Vargas-Schaffer, 2010), e a sua utilização conjugada pode oferecer uma melhor qualidade de vida.

Segundo a recomendação da OMS a analgesia deve ser sempre prescrita de acordo com a intensidade da dor e a prescrição só deve ser feita após o exame médico e uma adequada avaliação da dor (Vargas-Schaffer, 2010).

As medidas não farmacológicas são intervenções que complementam ou são suplemento para a terapêutica e outros tratamentos que são utilizados nas unidades de cuidados intensivos (Chlan, 2002). Encontram-se divididas em medidas físicas e comportamentais.

As medidas físicas podem ser utilizadas de forma isolada ou em complementaridade com outras intervenções ou técnicas. Como exemplos será de referir o toque, a massagem, a aplicação de calor ou frio, a alternância de decúbitos/posicionamentos e o exercício.

O toque é uma medida básica e simples que pode “proporcionar tranquilidade (...) e facilitar o relaxamento. A tensão muscular pode ser um fator causal para alguns tipos de dor ou um fator contribuinte em outros tipos” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 53).

A massagem é definida como “ato de massajar e pressionar partes do corpo” (Ordem dos Enfermeiros, 2008), que tem como objetivos: facilitar o relaxamento, reduzir as sensações dolorosas e diminuir a tensão muscular.

A aplicação de calor ou frio, através de “estimulação cutânea (...) pode contribuir para o alívio da dor” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 53), em que a aplicação de calor “promove [o] relaxamento muscular e uma sensação de conforto. (...) [a] redução da tensão muscular pode reduzir as sensações dolorosas” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 54), e a aplicação de frio provoca uma redução da inflamação.

A alternância de decúbitos/posicionamentos pode “aliviar a pressão das proeminências ósseas ou áreas edemaciadas (...) [o que] pode promover aceleração da circulação, relaxamento muscular conforto generalizado” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 55).

Segundo a OE (2008), o exercício diz respeito a “movimentos que promovem o alongamento e a resistência, o combate à rigidez e à debilidade associada à dor e inatividade” (p. 50).

O toque terapêutico, a estimulação elétrica transcutânea (TENS), o Reiki, a acupuntura e a aromaterapia, são outros exemplos deste tipo de medidas que podem ser utilizadas para o alívio da dor.

Por seu lado, as medidas comportamentais dizem respeito ao foro emocional, intelectual e psicossocial. De destacar como exemplos o relaxamento, a musicoterapia e a imaginação guiada.

O relaxamento é uma técnica em que existe “ combinação de métodos físicos e comportamentais” (Kazanowski & Lacetti, 2005), estando relacionada com a interação entre dor, tensão muscular e ansiedade.

A musicoterapia é uma medida simples que não requer concentração ou participação ativa do doente para ser efetivada (Tracy & Chlan, 2011), podendo esta “induzir relaxamento, moderar as emoções e resultar na redução da dor” (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 59).

A imaginação guiada é um método cognitivo que modifica padrões cognitivos mal-adaptados, com subsequente redução à resposta autónoma e diminuição da tensão muscular, além de que, atua como uma distração, reduzindo a sensação dolorosa por bloqueio da informação nociceptiva.

Apesar dos anos de pesquisa, do desenvolvimento, da distribuição de *guidelines* e do esforço educacional, a dor na pessoa em situação crítica, continua a ser “mal tratada” (Pasero et al., 2009), isto é, o índice de dor não controlada nestas pessoas parece permanecer ainda inaceitavelmente elevado (Stites, 2013). Foi nestes pressupostos teóricos e nesta área de intervenção de enfermagem que propus o meu desenvolvimento de competências em estágio.

De seguida passo a descrever o percurso de estágio, onde são apresentados os contextos, os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas.

2. PERCURSO DESENVOLVIDO

O meu percurso de estágio teve início numa unidade de cuidados intensivos polivalente de um hospital central de Lisboa, seguindo-se uma unidade de cuidados intensivos polivalente/serviço de medicina intensiva de um hospital central de Lisboa. A terminar, o último contexto de estágio foi a unidade de cuidados intensivos de neurocirurgia de um hospital central de Lisboa, local onde desempenho funções como enfermeira. A definição do percurso desenvolvido foi ajustada à realidade encontrada ao longo dos diferentes campos de estágio.

Neste momento do trabalho passo a apresentar analiticamente cada contexto de estágio, a razão da sua escolha, os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas, realçando o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação crítica com dor, assim como os obstáculos e/ou constrangimentos vividos e as estratégias utilizadas para os superar.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

A escolha deste serviço deveu-se à utilização de uma escala concreta para a avaliação da dor pela equipa de enfermagem e à existência de elementos integrantes do “Grupo da Dor” deste hospital, com trabalhos já divulgados na área. O estágio decorreu entre 11 de Outubro de 2011 e 25 de Novembro de 2011, com a duração total de 136 horas.

Conforme exhibe o quadro 2, foram três os objetivos definidos para este contexto: compreender a organização e dinâmica de funcionamento do serviço, desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com dor.

Quadro 2 - Objetivos e atividades desenvolvidas na unidade de cuidados intensivos polivalente

OBJETIVOS	ATIVIDADES
Compreender a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Visita guiada ao serviço; - Conhecimento do circuito do doente; - Consulta de protocolos, normas de procedimentos, folhas em uso e projetos em curso;
Desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Prestação de cuidados globais à pessoa em situação crítica; - Colaboração na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com dor; - Implementação de medidas não farmacológicas na pessoa em situação crítica com dor; - Estudo de caso; - Prestação de cuidados de enfermagem à família;
Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com dor	<ul style="list-style-type: none"> - Observação de práticas de enfermagem à pessoa em situação crítica com dor; - Reuniões com o enfermeiro orientador; - Sessão de formação “Hemorragia Subaracnoídea/Aneurismas – Implicações para a prática de enfermagem”.

▪ **OBJETIVO: Compreender a organização e dinâmica de funcionamento do serviço**

Para conhecer o serviço, a sua dinâmica e funcionamento foi essencial a visita realizada ao serviço assim como as conversas informais com o Enfermeiro Coordenador do serviço e com o meu orientador, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tais actividades permitiram-me apreender a organização e o funcionamento do serviço, os recursos humanos e materiais existentes, bem como conhecer a estrutura física de forma a identificar as áreas clínicas e de as áreas de apoio.

Trata-se de um serviço polivalente que dá resposta a pessoas com várias patologias, do foro médico e cirúrgico. Dispõe de 11 camas de cuidados intensivos, três destas em quartos individuais de pressão negativa que funcionam como quartos de isolamento e oito camas em unidade aberta (“open-space”). A equipa de enfermagem é composta por 29 enfermeiros, sendo que dois destes – Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Coordenador, também

Especialista de Enfermagem de Reabilitação - estão afetos à gestão. Os remanescentes elementos estão divididos em cinco equipas sendo o rácio enfermeiro – doente de 1:2.

O método de trabalho de enfermagem utilizado é o método individual, o que constituiu para mim uma novidade e até, inicialmente, alguma dificuldade de implementação. Porém, e tendo em conta a minha experiência anterior com o método de enfermeiro responsável, compreendi melhor que qualquer um dos métodos de trabalho de enfermagem tem vantagens e inconvenientes adequando-se estes à realidade dos recursos de cada serviço.

Neste serviço os doentes são provenientes do serviço de urgência, da consulta externa, de outros serviços de internamento e de outros hospitais. Existem vários serviços/técnicos especializados de apoio, como seja, imagiologia, consulta da dor, dietista, psicólogo, assistente social, fisioterapeutas, médicos especialistas “de chamada” e uma empresa de prestação de serviços que procede à limpeza e higienização do hospital.

A consulta de protocolos, de normas de procedimentos, folhas e projectos do serviço ajudou à minha integração na sua dinâmica e funcionamento bem como a observação de práticas de cuidados, impulsionando a minha participação no planeamento e prestação dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

▪ **OBJETIVO: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica**

Ao longo de todo o estágio realizei pesquisa bibliográfica relativamente à dor na pessoa em situação crítica, procurando evidência científica recente, dando enfoque às medidas não farmacológicas para o alívio da dor e estratégias a utilizar na sua avaliação e controlo. Dadas as características do serviço senti necessidade de mobilizar conhecimento previamente adquirido e pesquisar outros temas de forma a dar resposta às situações clínicas que iam surgindo, nomeadamente, hemodiafiltração veno-venosa contínua, ventilação não invasiva, equilíbrio ácido-base, síndrome de dificuldade respiratória aguda.

Estagiar neste serviço permitiu-me não só experienciar situações de cuidados à pessoa em situação crítica com disfunção ou falência profunda de

um ou mais órgãos ou sistemas, em que a sua sobrevivência dependia de meios avançados de monitorização e terapêutica, mas especialmente proceder à avaliação e controlo da dor com recurso aos instrumentos instituídos (NVPS e Escala Visual Analógica [EVA]). Durante o período de estágio houve cinco pessoas internadas sem capacidade de exteriorizar dor, o que me fez sobrevalorizar o controlo da dor através de medidas não farmacológicas, designadamente, a aplicação de frio e calor, massagem, toque, alternância de decúbitos e musicoterapia (este método era utilizado devido a um projeto de humanização do hospital que adquiriu equipamento para o serviço).

Como bem defendemos, os cuidados de higiene são momentos de excelência no cuidar, momentos em que existe maior proximidade entre o enfermeiro e a pessoa. Assim, aproveitava este momento para realizar massagens à pessoa, valorizando o toque, apesar de nem sempre conseguir proporcionar um ambiente totalmente calmo e tranquilo. Sobre isto, recordo particularmente a resposta da pessoa em duas situações de cuidados. Num caso, a pessoa confidenciou-me que sempre tinha gostado de massagens mas que havia muito tempo que ninguém lhe fazia nenhuma. Num outro caso, tinha sido a primeira vez que a pessoa estava a receber uma massagem, tendo a mesmo referido “sensação boa no corpo”. Ambas expressaram uma sensação de relaxamento realçando este método como importante para o alívio da dor. Como referem Urden, Stacy e Lough (2008), “O uso da massagem tem sido a pedra angular dos cuidados de enfermagem ao doente com dor. É uma técnica apropriada para o tratamento da maioria dos doentes críticos” (p. 146).

Destaco outras situações de cuidados como sendo uma pessoa que apresentava um fâcies de dor à mobilização (sobrolho franzido e esgar) mas após o posicionamento de alternância de decúbito em que foi realizada massagem, foi visivelmente notório como a mesma ficou aparentemente mais calma e com um fâcies sereno.

Como refere Finnerty (2011), o uso da música como método terapêutico contribui para diminuir o stress e promover o relaxamento da pessoa sendo uma distração poderosa perante os sons/ruídos perturbadores das UCI's (Tracy & Chlan, 2011). Deste modo, e numa conversa com a família de uma pessoa que se encontrava sedada e ventilada e que tinha um gosto especial por música clássica, implementei esta medida não farmacológica de forma

individualizada. Como salientam os autores supracitados, apesar de se tratar de uma intervenção simples e que não necessita de concentração ou participação ativa da pessoa para ser eficaz, deve existir um processo criterioso na escolha musical que se prende com as preferências pessoais de cada um.

Noutro caso clínico, a pessoa apresentava períodos de desadaptação ventilatória não relacionados com a presença de secreções brônquicas. Ao avaliar a dor da pessoa com a NVPS esta era de 3. Com a alternância do decúbito não se verificaram melhorias a dor facto que foi comunicado ao médico e que reajustou os valores de sedoanalgesia (Midazolam + Morfina). Com a aplicação destas medidas verificou-se, ao reavaliar a dor, que a NVPS era de 1. Aparentemente a pessoa parecia mais calma, objectivando-se através da NVPS.

Ao longo do percurso de estágio fui analisando com o meu orientador situações de cuidados, reflectindo se podia intervir através de medidas não farmacológicas para o alívio da dor ou se precisava de intervir farmacologicamente, comunicando aos médicos as alterações verificadas para se reajustar a terapêutica analgésica prescrita, e/ou administrar terapêutica analgésica em SOS. Conforme salienta Rosado (citado por Ritto, 2006, p.39) “Os enfermeiros que estão em contacto continuado com a dor e o sofrimento do doente, são cada vez mais estimulados a refletir sobre as suas práticas no reconhecimento da dor, desenvolvendo um novo olhar sobre a importância de se aperfeiçoar a utilização de instrumentos de avaliação da dor”.

A quantificação da dor na pessoa em situação crítica pode contribuir para um maior conforto, promover uma recuperação mais rápida, melhorar a sua condição clínica e prevenir eficazmente os efeitos prejudiciais da dor. Porém, isto só é possível se forem implementadas medidas que conduzam à realização sistemática de avaliação da dor. É importante que se documente a avaliação e controlo da dor de forma a garantir a comunicação entre os profissionais de saúde e desta forma dar continuidade aos cuidados (Ofori, 2009).

De sublinhar aqui que o uso da NVPS constitui uma inovação à minha prática profissional uma vez que no meu contexto de trabalho a escala instituída é a BPS. As dificuldades sentidas levaram-me ao aprofundar de

conhecimento sobre a mesma e a analisar as duas escalas à luz da evidência científica (Anexo I). De acordo com a literatura consultada carecemos de validação das escalas de avaliação da dor na pessoa em situação crítica pelo que têm sido criadas escalas de avaliação de dor adaptadas ao doente inconsciente que se baseiam, sobretudo, na observação comportamental e nos sinais fisiológicos da pessoa.

Durante este estágio realizei um estudo de caso (Anexo II) pois como nos diz Benner (2001, p. 50), os enfermeiros “aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”. A escolha da pessoa para esta actividade foi determinada pelo facto de estar sedada e ventilada, com a sua capacidade de comunicação alterada, não sendo capaz de expressar dor de forma verbal e não-verbal. A realização deste trabalho ajudou-me no processo de identificação de problemas, planeamento e execução de intervenções, e consequente avaliação, segundo o modelo teórico de Virgínia Henderson. Ajudou-me não só a reflectir sobre a minha acção como também, e de uma forma mais distanciada, a reflectir sobre a minha reflexão na acção (Schön, 1983), desenvolvendo saberes experienciais a mobilizar em outras situações.

Um internamento em UCI é sempre um período de instabilidade, quer para a pessoa em situação crítica quer para a sua família. Existem várias definições de família, definidas por diferentes áreas disciplinares, pelo que neste trabalho identifico as minhas intenções na asserção “a família é quem seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2002, p.68) e ainda na referência de Rabiais (2003) ao assumir que a família é o espaço onde nasce, cresce e se desenvolve a vida e como tal é a célula vital da sociedade. Assim, qualquer alteração num membro da família afeta todos os restantes membros, sendo que quando um indivíduo numa família experimenta um evento de saúde todos os membros são afetados porque existe um elo de ligação entre eles.

Perante um ambiente de tratamentos complexos, procedimentos invasivos e situações de suporte de vida imediato, o medo e a incerteza são uma constante, nomeadamente o medo de sobrevivência e de potenciais sequelas. Esta situação pode resultar em problemas psicossociais e influenciar a dinâmica da família, podendo levar a uma crise familiar (Agard & Lomborg, 2010), requerendo assim uma intervenção específica do enfermeiro. A família

experimenta necessidade de informação e de apoio, necessidade de sentir que há esperança e necessidade de estar junto do seu familiar registando o papel do enfermeiro na inclusão da família nos cuidados de saúde e a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante do exercício profissional (Wright & Leahey, 2002).

De destacar momentos de cuidados com a família que me marcaram profundamente. Face à incerteza do prognóstico e da imprevisibilidade de toda a situação, a família procura nos profissionais de saúde uma palavra de esperança. O que nos leva muitas vezes a pensar: o que fazer naquela situação específica? Que informações dar? Transmitir mais esperança? O cuidar da família da pessoa em situação crítica não era novo para mim mas este facto não torna a minha experiência de trabalhar em parceria com a família algo menos complexo, sendo esta intervenção uma atividade suplementar e bastante exigente (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

A relação terapêutica estabelecida com a família que vivencia uma situação crítica e/ou de falência orgânica e a assistência na gestão do impacto emocional decorrente da situação crítica vivenciada (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011) são pontos fundamentais para o cuidar e integram os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, tornando premente o enfermeiro fazer uma avaliação sistemática e rigorosa da família que ajude a organizar a informação, proporcionando também um foco para a intervenção (Wright & Leahey, 2002). Esta é uma lacuna que reconheço na minha intervenção em estágio. Reconheço necessidade de tornar a minha avaliação à família objectiva e rigorosa pelo que deveria ter utilizado instrumentos de avaliação sistemática da família que me ajudassem a organizar a informação, proporcionando também uma matriz para a minha intervenção. Neste sentido, saliento o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (CFAM) e consequentemente ao Modelo de Calgary de Intervenção da família (CFIM).

▪ **OBJETIVO: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica com dor**

Durante o estágio não me foi possível realizar nenhuma sessão de formação ou trabalho na área da dor com a equipa de enfermagem porque a equipa aguardava o resultado do estudo nacional realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e pela Ordem dos Enfermeiros. Acresce também o facto de um enfermeiro do serviço ter em curso um projeto sobre esta temática. No entanto, levei para o serviço artigos científicos e literatura recente sobre a avaliação da dor, discutindo de modo informal alguns aspectos concretos com os enfermeiros.

As reuniões com o enfermeiro orientador foram uma constante ao longo do estágio, o que permitiu a análise e discussão das situações vivenciadas. Esta prática possibilitou-me uma maior consolidação de conhecimento e desenvolvimento de competências.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010) este *responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade atuando como formador oportuno em contexto de trabalho*. Durante a minha estada no serviço identifiquei que os enfermeiros tinham dúvidas na abordagem à pessoa com o diagnóstico de Hemorragia subaracnoideia/Aneurisma, tendo alguns colegas discutido algumas situações comigo, uma vez que sabiam que eu prestava cuidados numa UCI de Neurocirurgia. Embora não fizesse parte das actividades programadas, mas perante as necessidades de formação identificadas e pelo reconhecimento das mesmas pelos enfermeiros, pelo meu enfermeiro orientador e pelo enfermeiro responsável do serviço, realizei a sessão de formação “Hemorragia subaracnoideia/Aneurismas – Implicações para a prática de enfermagem” (Anexo III). Trata-se de uma temática que me é cara considerando-me, na definição de Benner (2001), perita na mesma na medida em que “(...) tem uma enorme experiência, compreende de forma indutiva as situações e apreende diretamente o problema, age perante uma compreensão profunda da situação” (p. 60).

A sessão de formação contou com a presença de 10 enfermeiros e um aluno do curso de licenciatura em enfermagem, também em estágio no serviço.

A avaliação feita foi no momento muito positiva, não só pelo *feedback* dos presentes, mas também pela discussão e partilha de dúvidas, opiniões e experiências. Ainda durante o período de estágio observei mudanças na abordagem de enfermagem, potenciadora de uma maior vigilância e deteção precoce de complicações na pessoa com tais situações de saúde.

Apreciação Global

Da minha experiência neste local de estágio destaco a maior compreensão que desenvolvi sobre as vantagens de associar as medidas não farmacológicas às farmacológicas no controlo da dor pois as primeiras influenciam a gestão adequada da analgesia administrada, tratando-se assim de um complemento às medidas farmacológicas. Foram sem dúvida ganhos incontornáveis para a minha prática de cuidados quotidianos.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE/SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA

Foram vários os fatores que influenciaram a escolha deste serviço como contexto de estágio, nomeadamente, o facto de possuir uma equipa de enfermagem que realiza uma abordagem sistematizada na avaliação da dor da pessoa em situação crítica e um elemento fazer parte do “Grupo da Dor” no estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) com a colaboração da OE.

O estágio realizou-se entre 28 de Novembro a 19 de Dezembro de 2011 e 2 a 22 de Janeiro de 2012, num total de 152 horas. Seguem-se os objectivos de para este contexto e as respectivas actividades desenvolvidas (quadro 3).

Quadro 3 – Objetivos e as atividades desenvolvidas no contexto de unidade de cuidados intensivos polivalente/serviço de medicina intensivo

OBJECTIVOS	ACTIVIDADES
Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento do circuito do doente - Conhecimento da equipa e método de trabalho de enfermagem; - Consulta de protocolos, normas de procedimentos, folhas em uso e projectos em curso;
Desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Colaboração na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com dor; - Implementação de medidas não farmacológicas na pessoa em situação crítica com dor;
Desenvolver competências técnicas e científicas no cuidar especializado da pessoa em situação crítica numa situação emergente	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Prestação de cuidados globais à pessoa em situação crítica; - Gestão de prioridades e recursos perante situações de grande complexidade;
Contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com dor	<ul style="list-style-type: none"> - Sessão de formação “Cuidar do doente crítico com dor através de medidas não farmacológicas”; - Reuniões com a enfermeira orientadora; - Reformulação da folha de registos de enfermagem; - Construção de folha de registo de enfermagem sobre a avaliação da dor.

▪ **OBJECTIVO: Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do serviço**

Este serviço recebe pessoas com várias patologias do foro médico e cirúrgico. A sua lotação máxima é de cinco camas distribuídas por uma sala. Uma das camas fica parcialmente separada e existe um quarto no interior da unidade que funciona, quando necessário, como quarto de isolamento. A área de trabalho situa-se no interior desta sala e possibilita a observação contínua das pessoas internadas, as quais provêm do bloco operatório, de outros serviços de internamento e de outros hospitais.

A equipa de enfermagem é constituída por 16 enfermeiros, organizada em sub-equipas, para além da Enfermeira Chefe e de outra enfermeira afeta à gestão. O método de trabalho é o de trabalho individual.

Cada sub-equipa de enfermagem é coordenada por um chefe de equipa cuja função, na ausência da Enfermeira Chefe, incide sobretudo na gestão dos cuidados, dos materiais e dos recursos humanos, para além de assumir a prestação de cuidados. No estágio fui orientada por uma enfermeira com a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que desempenhava função de chefe de equipa, o que me permitiu ter uma visão privilegiada da gestão nos cuidados de enfermagem.

A consulta de protocolos, normas de procedimentos, folhas em uso e projetos desenvolvidos no serviço, bem como a orientação da minha orientadora e o apoio da restante equipa de enfermagem, facilitou a minha integração na dinâmica e funcionamento do serviço e a minha participação nos cuidados de enfermagem.

▪ **OBJECTIVO: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica**

Sendo a dor algo transversal a todas as pessoas, considerada um padrão de qualidade no que diz respeito aos cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011), torna-se fundamental ao enfermeiro com competências especializadas dominar a evidência científica de forma a intervir de uma forma mais consistente e adequada. Neste sentido, a pesquisa bibliográfica foi uma actividade que acompanhou o meu percurso.

No serviço, a avaliação da dor acontece de forma sistemática, ou seja, uma vez por turno e sempre que necessário o enfermeiro avalia a dor da pessoa, por autoavaliação ou por heteroavaliação. Através da minha observação e da consulta dos registos pude constatar que existe um registo da avaliação da dor e sua reavaliação.

Com o intuito de adquirir e desenvolver conhecimento e competências nesta área realizei, juntamente com outros colegas do mestrado, uma revisão sistemática da literatura sobre escalas para avaliação da dor no doente inconsciente. O resultado deste trabalho foi aceite para publicação numa revista de enfermagem (Anexo IV). Durante o estágio partilhei com a equipa de enfermagem a informação resultante desta actividade.

Dadas as características da pessoa em situação crítica internada neste serviço e o trabalho realizado na área da dor, direcionei a minha ação para a utilização das medidas não farmacológicas de controlo da dor no cuidar da pessoa em situação crítica. Durante a prestação de cuidados confrontei-me com várias situações em que pude implementar medidas não farmacológicas. Através da observação de práticas verifiquei que as medidas não farmacológicas nem sempre eram utilizadas pelos enfermeiros e que as medidas farmacológicas eram as primeiras a serem activadas em caso de dor. Em conversas realizadas com a equipa de enfermagem a mesma reconheceu que as medidas farmacológicas eram tidas como primeira opção no controlo da dor da pessoa devido à sua eficácia e alívio quase imediato. Assim, sugeri o uso concreto de algumas medidas. Apesar de mais à frente neste relatório repegar esta temática desde já sublinho que também neste serviço emergiu o potencial das medidas não farmacológicas de controlo de dor como um complemento às medidas farmacológicas.

▪ **OBJECTIVO: Desenvolver competências técnicas e científicas no cuidar especializado da pessoa em situação crítica numa situação emergente**

Para dar resposta às situações vivenciadas durante este estágio senti necessidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre monitorização e prestação de cuidados ao doente submetido a técnica dialítica contínua e hemodiálise, monitorização e prestação de cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica e ventilação não invasiva, monitorização do doente em situação de falência orgânica utilizando monitorização contínua do débito cardíaco – PiCCO® (um método combinado de termodiluição e análise da curva de pressão arterial para extração de índices de função cardiovascular) e ECMO

(Extra Corporeal Membrane Oxygenation) – técnica que permite oxigenar o sangue fora do corpo, através de uma membrana.

Durante este período prestei cuidados à pessoa em situação crítica a vivenciar situações de risco imediato e de falência orgânica, respondendo prontamente e de forma antecipada aos focos de instabilidade identificados. Em colaboração com a minha orientadora, prestei cuidados diferenciados a pessoas com patologia do foro médico (insuficiência respiratória, insuficiência renal, síndrome hepato-renal, insuficiência cardíaca e falência orgânica) e cirúrgico (cirurgias com laparoestomas).

Tive oportunidade de executar cuidados técnicos de grande complexidade à pessoa com falência multiorgânica e demonstrei habilidades e conhecimento de suporte avançado de vida. Participei ativamente na monitorização invasiva da pessoa em situação crítica e colaborei em alguns procedimentos concretos, como por exemplo, colocação de cateteres centrais, linhas arteriais, cateter de PiCCO[®], hemodiálise e broncofibroscopia. Participei no transporte intra-hospitalar da pessoa para a realização de exames complementares de diagnóstico e em casos de transferência de serviço.

Durante o estágio houve grande prevalência de pessoas em situação crítica submetidas a ventilação mecânica mas conscientes. No contacto com as mesmas tive uma maior perceção da dificuldade que existe no processo de comunicação. Embora o desafio de comunicar com a pessoa em situação crítica ventilada não fosse novo para mim, foi mais frequente. Várias situações de cuidados a pessoas conscientes ventiladas me fizeram crescer profissionalmente. Mesmo quando a mensagem era simples, o facto de a pessoa não conseguir fazer-se compreender despoletava nela ansiedade e em nós profissionais sentimentos de incapacidade de ajudar. Recordo um caso concreto em que tive necessidade de recorrer à minha orientadora que conhecia melhor a pessoa para em conjunto perceber o que a mesma precisava. Recordo também as estratégias que aprendi a desenvolver - letras em material lavável para criar palavras, livro/*dossier* plastificado com questões mais frequentes, quadros laváveis com marcador – as quais me possibilitaram desenvolver competências comunicacionais com a pessoa e família, estabelecer relação de ajuda, utilizando técnicas de comunicação adequadas a situações específicas. Em concreto, situações de comunicação de más notícias

à família e promoção do contato entre a pessoa e a família de forma a diminuir a ansiedade, o medo e dúvidas relacionados com a situação crítica que estes atravessam.

Nos últimos anos, o desenvolvimento tecnológico possibilitou que os cuidados prestados à pessoa em situação crítica se tivessem tornado mais complexos e sofisticados, surgindo por vezes questões éticas. Experienciando algumas situações de cariz ético, refleti por escrito sobre uma delas em particular (Anexo V). Considero que uma das minhas preocupações como enfermeira é precisamente assentar a minha prática de cuidados no código deontológico de enfermagem e nos seus princípios éticos. Penso que desta forma continuo a desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal conforme aponta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011): *desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de Intervenção; promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

▪ **OBJECTIVO: Contribuir para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica com dor**

Com o intuito de compreender de uma forma mais objectiva a opinião dos enfermeiros sobre o uso de medidas não farmacológicas na pessoa em situação crítica com dor, apliquei um questionário à equipa de enfermagem (Anexo VI), apresentando posteriormente os seus resultados numa sessão de formação, conforme aferido com a minha enfermeira orientadora (Anexo VII). A construção deste instrumento foi realizada empiricamente. Foram distribuídos 16 questionários e devolvidos 10 (62,5%). De modo a garantir a confidencialidade dos dados e garantir o anonimato dos inquiridos, os questionários foram entregues aos chefes de equipa para distribuírem pelos seus elementos, sendo a devolução feita através da colocação dos questionários num envelope identificado para o efeito no gabinete da Enfermeira Chefe.

Os resultados obtidos através da análise dos dados recolhidos foram, por si só, uma fonte de reflexão. A maioria dos enfermeiros reconhece a importância do uso de medidas não farmacológicas no entanto, estas são quase sempre referenciadas como estratégia de segunda linha. Parecem existir algumas dúvidas quanto à sua aplicabilidade devido ao ambiente da UCI e às características da pessoa em situação crítica.

A sessão de formação que realizei no serviço contou com a presença de sete enfermeiros, proporcionando um momento de partilha e discussão de ideias, experiências e opiniões. O conceito das medidas não farmacológicas como medida de suporte às medidas farmacológicas reuniu o consenso de todos e ainda durante o estágio foi possível verificar a aplicação de algumas destas medidas, nomeadamente, massagens e posicionamentos, o que por vezes era o suficiente para diminuir a dor ou o desconforto da pessoa (o valor da BPS na reavaliação da dor era inferior ao da avaliação inicial).

Os momentos de reunião com a minha orientadora foram um marco no meu desenvolvimento. A constante partilha, análise e reflexão das situações vivenciadas permitiram-me um crescimento pessoal e profissional, sobretudo na prestação de cuidados à pessoa com dor uma vez que, “No hospital a dor encerra uma problemática de resolução complexa, se pensarmos que necessita ser abordada tendo em conta a unicidade da pessoa que a sente, mas sem esquecer a singularidade da pessoa que a cuida” (Ritto, 2006, p. 26).

Como a folha de registos de enfermagem carecia de actualização sugeri à minha orientadora a sua reformulação. Com a aprovação da Enfermeira Chefe do serviço alterei alguns pontos da folha tendo em conta as necessidades observadas e verbalizadas pela equipa. Incluí um espaço próprio para a avaliação da dor e identificação da respectiva escala utilizada na pessoa em situação crítica. Durante um período de três semanas a folha ficou disponível na equipa para colher mais sugestões e alterações. Após este período procedi às alterações propostas. Revista e validada pela chefia do serviço, a folha foi implementada no final de estágio (Anexo VIII).

A leitura dos registos de enfermagem e a observação de práticas são indicadores objectivos de uma equipa de enfermagem preocupada e sensível à importância da avaliação e controlo da dor na pessoa em situação crítica. De modo a contribuir para a qualidade dos cuidados prestados construí uma folha

de registo de enfermagem integradora das escalas de avaliação da dor utilizadas no serviço (BPS e EVA) e a escala de RASS (Anexo IX).

A utilização da escala de RASS na pessoa em situação crítica fornece informações úteis, nomeadamente, acerca do seu conforto e segurança, através dos níveis de sedação e de analgesia, e pode ser aplicada tanto na pessoa em situação crítica do foro médico como do foro cirúrgico.

Apreciação Global:

Este campo de estágio revelou ser um local muitíssimo enriquecedor de aprendizagem pela diversidade de situações vivenciadas, permitindo desenvolver atividades não só na área da dor como também em outras áreas de cuidados.

Foi um privilégio colaborar na prestação de cuidados no seio de uma equipa de enfermagem que se rege por uma preocupação especial no controlo da dor e que utiliza uma abordagem sistematizada no cuidar da pessoa em situação crítica com dor. Dotou-me de conhecimento e competências a mobilizar e rentabilizar no serviço onde desempenho funções.

Outra área de competências que este campo de estágio me permitiu adquirir foi na comunicação com a pessoa em situação crítica ventilada e nas estratégias a implementar que são facilitadoras da comunicação, algo que também posso transferir para a minha prática diária de cuidados.

2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEUROCIRURGIA

A escolha pelo meu contexto de trabalho como campo de estágio resultou da minha intenção de potenciar o conhecimento anteriormente adquirido, desenvolvendo competências no cuidar da pessoa em situação crítica com dor. Embora possa parecer uma atitude ambiciosa, a minha intenção neste contexto passava por sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de uma abordagem de enfermagem sistematizada da dor da pessoa, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Este é um serviço com a capacidade máxima de 22 camas, divididas por três níveis. O nível III (UCI) com 10 camas de cuidados intensivos distribuídas por cinco salas, destinado à pessoa em situação crítica, admitida pelo serviço

de urgência, transferências inter e intra-hospitalares, pós-operatório de cirurgias programadas e de urgência. O nível II com quatro camas direcionadas essencialmente para o pós-operatório de cirurgias programadas, estando destinado a internamentos de curta duração e com grande rotatividade. O nível I (cuidados intermédios) com oito camas destinadas a receber pessoas que não necessitam de suporte ventilatório, mas que necessitam de cuidados diferenciados.

A equipa de enfermagem é constituído por 60 enfermeiros, em três deles estão afetos à gestão (Enfermeira Chefe, Enfermeira Responsável de nível III e Enfermeira Responsável de nível I e nível II). Existe igualmente uma equipa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação constituída por cinco enfermeiros. Os remanescentes estão divididos por cinco equipas. O método de trabalho utilizado é o método do enfermeiro responsável.

Com um período de tempo mais reduzido, de 23 de Janeiro a 19 de Fevereiro de 2012 num total de 96 horas, defini dois objectivos de estágio, conforme explicita o quadro 4.

Quadro 4 - Objectivos e as atividades desenvolvidas no contexto de uma unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos

OBJETIVOS	ATIVIDADES
Desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de estratégias não farmacológicas na pessoa em situação crítica; - Reuniões com a enfermeira orientadora;
Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no cuidar da pessoa em situação crítica com dor	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de necessidades formativas na área do cuidar da pessoa em situação crítica com dor; - Sessão de formação “Avaliação e Registo da Dor no doente crítico” - Elaboração de uma instrução de trabalho de enfermagem sobre de avaliação e controlo da dor.

- **OBJETIVO: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na avaliação e controlo da dor da pessoa em situação crítica**

Como referido anteriormente, nos primeiros contextos de estágio tive oportunidade de trabalhar a abordagem da dor na pessoa com capacidade de expressar dor. O sobrolho franzido, a inquietude, a mudança de posicionamentos, a tensão ou rigidez muscular, a desadaptação ventilatória e as alterações dos parâmetros vitais (sem a existência de outros fatores associados), no seu conjunto são alguns dos indicadores que verifiquei com mais frequência e que parecem constituir-se sinais de dor.

Desta forma, neste contexto foquei a minha atenção nas medidas não farmacológicas da dor na pessoa em situação crítica na UCI. Verifiquei que as massagens e os posicionamentos são as medidas mais fáceis de utilizar pelo enfermeiro e com as quais também obtive bons resultados, tornando-se uma estratégia de referência. De relevar a eficácia das massagens, principalmente após a higiene, verificada no relaxamento do tónus muscular e, muitas vezes, nos valores dos parâmetros vitais da pessoa (diminuição da frequência cardíaca, diminuição da frequência respiratória e diminuição da pressão arterial).

Durante este estágio apenas foi possível aplicar a medida musicoterapia a uma pessoa. Como o serviço não dispõe de material para o efeito, solicitei à família da pessoa em questão para trazer o seu mp3 com as suas músicas favoritas. Durante a aplicação desta medida não farmacológica foi visível na pessoa uma postura corporal de maior relaxamento e fáceis tranquilo constando uma reavaliação da dor positiva, concretamente, houve uma diminuição significativa do valor da BPS comparativamente ao valor inicial (BPS inicial de 6 e após a intervenção BPS de 4).

As reuniões que fui tendo com a Enfermeira Chefe (orientadora deste estágio), foram de extrema importância para o meu desenvolvimento, ajudando-me a criar condições junto dos colegas e da equipa médica para veicular a informação necessária, como elemento de apoio e suporte durante a construção da instrução de trabalho e também na decisão da estratégia e do momento oportuno para a implementar. Também destaco a partilha feita com a Enfermeira Responsável do serviço, elemento do “Grupo da Dor” do hospital.

Com ambas, fui validando as minhas intervenções acolhendo as sugestões dadas tendo em conta a sua experiência e o conhecimento.

▪ **OBJETIVO: Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no cuidar na pessoa em situação crítica com dor**

O diagnóstico de situação que fiz no meu serviço, através de conversas informais com os colegas e da consulta e análise dos processos clínicos das pessoas internadas antes de iniciar o estágio, permitiu-me identificar necessidades existentes nesta área bem como, planear intervenções. Por outro lado, junto dos meus pares identifiquei a existência de alguns obstáculos e/ou constrangimentos no que diz respeito à avaliação da dor. Embora alguns elementos tivessem demonstrado preocupação com a possibilidade da ocorrência de uma analgesia excessiva, pelo facto desta poder mascarar um agravamento da condição clínica da pessoa, a grande maioria dos enfermeiros refere ser a incapacidade da pessoa em expressar dor, de se autoavaliar e as práticas médicas relacionadas com o controlo da dor, os aspetos que realmente os preocupa.

Em reflexão com a minha orientadora defini realizar sessões de formação de modo a tentar trabalhar com a equipa alguns aspectos. Por se tratar de uma equipa de grande dimensão seria difícil agendar apenas uma data (Anexo X) pelo que realizei sessões periódicas de menor duração, na sala de enfermagem antes da passagem de turno da manhã para a tarde. Nestas sessões procurei que a informação fosse dirigida à prática diária e real de enfermagem. Tentei englobar sempre as dúvidas colocadas em cada sessão de modo a enriquecer as sessões seguintes, pois grande parte destas dúvidas eram comuns aos restantes elementos, nomeadamente, qual a escala de avaliação da dor mais adequada à condição de cada pessoa. No caso do doente neurocrítico nem sempre é fácil objetivar uma resposta, quer pelo seu grau de complexidade, quer por limitações da própria patologia, sendo por vezes difícil obter a sua participação na avaliação da dor. Uma das soluções que propus, e que a equipa concordou, foi a utilização da avaliação da Glasgow Coma Scale (GCS) para justificar a escolha de uma escala em detrimento de outra. Desta forma, em situações em que a pessoa não

consegue expressar dor ou não consegue dar uma resposta válida utiliza-se a escala BPS. Em casos de a pessoa conseguir auto-avaliar a sua dor utiliza-se a escala EVA.

Neste contexto saliento a minha intervenção junto dos meus pares, através da introdução de algumas mudanças na nossa prática de cuidar, nomeadamente, a nível dos registos de enfermagem, na escolha da escala de avaliação da dor utilizada, na aplicação de medidas não farmacológicas e na avaliação da resposta da pessoa às mesmas. Simultaneamente, ia sensibilizando os colegas para a importância destas mudanças na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com dor. Com a consciência de que nem sempre é fácil mudar comportamentos e atitudes que se encontram enraizados e rotinizados nas nossas práticas, os nossos hábitos, verifiquei que a equipa de enfermagem estava muito receptiva às sugestões, ponderando esta área de intervenção do enfermeiro um campo próprio de actuação através do qual a enfermagem se deve desenvolver como profissão e disciplina. Considero que para se enfrentar a mudança que se julga inevitável é preciso serem desenvolvidas capacidades de análise e síntese, de tomada de decisão e de resolução de problemas do enfermeiro, capacidades estas que nortearam a minha intervenção e que permitem um aprender a aprender colectivo.

Para uniformizar a avaliação da dor no serviço elaborei uma instrução de trabalho (Anexo XI), tendo em conta o procedimento multisectorial do hospital central – este tinha sido elaborado como guia para todos os serviços do centro hospitalar pelo “Grupo da Dor”.

A elaboração da instrução de trabalho de enfermagem para a avaliação controlo da dor no serviço vai facilitar a adoção/implementação de determinadas medidas, tais como, quando e em que situações se avalia a dor, o local onde deve ser registado (a folha de enfermagem em uso não contempla o local específico para registar esta avaliação), a identificação da escala de avaliação da dor escolhida, em caso de dor, fazer o registo das medidas que foram realizadas para controlo, e a periodicidade de reavaliação da dor. É também contemplada a aplicação das medidas não farmacológicas como adjuvantes das medidas farmacológicas. Este documento é um guia prático e de consulta rápida para avaliação da dor tendo em conta as especificidades da pessoa em situação crítica e do serviço de neurocirurgia.

Já este ano, Barr et al., (2013) publicaram *guidelines* para o controlo da dor que preconizam que as escalas a utilizar na avaliação da dor na pessoa em situação crítica sejam a escala BPS ou a escala CPOT, com exceção do doente neurocrítico. Como a Society of Critical Care Medicine recomendou a escala NVPS como a escala de eleição na avaliação da dor no doente neurocrítico (Klein & Provencio, 2013), decidimos no serviço formar um grupo de investigação com o objetivo de traduzir, adaptar e validar a escala NVPS revista para Portugal, verificar a existência de diferente capacidade discriminativa entre a escala NVPS e a escala BPS, e determinar a satisfação dos profissionais de enfermagem na avaliação e controlo da dor nos doentes neurocríticos, antes e após a implementação da escala NVPS (Anexo XII). Paralelamente, e com a autorização do Diretor Clínico do hospital, este grupo encontra-se também a desenvolver um protocolo de analgesia para implementar no serviço.

Apreciação Global:

Desde que iniciei este estágio senti que algo dentro de mim e na minha prática profissional tinha mudado. Apesar de ao longo do tempo ter introduzido na minha prática o conhecimento construído nas experiências anteriores, nesta fase do estágio consegui olhar para a minha prática de uma forma mais crítica.

Quando planeei este estágio tinha em mente trazer para a minha prática todas as aprendizagens e competências adquiridas até ao momento. A prestar cuidados numa unidade de cuidados intensivos direcionada para o doente neurocrítico tentei ir beber sabedoria aos outros contextos, não só na área da dor da pessoa em situação crítica mas em outras áreas do saber de modo a melhorar a minha prática, em especial na comunicação com o doente ventilado e na comunicação de más notícias.

Penso que a minha intervenção durante este estágio deixou a equipa de enfermagem deste serviço mais informada nesta área, promovendo investigação e trabalho em equipa fundamental para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório surge como o culminar de uma longa caminhada, e simultaneamente como o início de uma nova etapa. Resulta de uma epistemologia da prática e tem como ponto de partida uma forte inquietude a partir de situações reais vividas. A execução do relatório dá resposta aos objetivos delineados para cada um dos contextos de estágio, através das actividades realizadas as quais me permitiram adquirir e desenvolver competências como enfermeira.

Uma das preocupações na construção deste documento foi demonstrar uma prática reflexiva e crítica que evidenciasse a existência de um saber, saber estar e saber ser. Todavia, colocar em palavras, através de uma linguagem concisa, de forma a evidenciar e dar visibilidade ao trabalho desenvolvido, foi para mim o mais difícil. Várias construções e reelaborações foram produzidas até aqui, mas só assim consegui ilustrar os meus próprios ganhos.

Cuidar da pessoa em situação crítica é sem qualquer dúvida um desafio complexo. Mais do que adquirir conhecimento, o estágio permitiu-me adquirir competência humana, técnica e científica na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família. Apesar de ser detentora de um saber declarativo e processual, faltava-me um saber contextual que vim a adquirir nesta experiência formativa. A capacidade de olhar para o vivido e de traçar uma análise introspectiva, permitiu-me refletir sobre a mesma, sobre o que senti e o que me levou a agir de determinada forma. Foi importante para mim transcrever essas reflexões para o papel, os meus sentimentos, a intervenção junto da equipa de saúde e as estratégias encontradas para superar e tornar melhor o meu cuidado ao Outro.

Penso que de uma forma global consegui atingir os objetivos a que me propus. A experiência adquirida nos diferentes campos de estágio resultante da vivência de um vasto leque de situações no contexto do cuidar da pessoa em situação crítica com dor e a partilha de experiências e saberes com colegas com competências reconhecidas na área, foram cruciais e favoreceram a

aquisição de competências ao nível da avaliação e controlo da dor, em especial, através da implementação de medidas não farmacológicas.

Os campos de estágio por onde passei foram promotores de aprendizagens atendendo a cada uma das suas particularidades. Quer o dinamismo, disponibilidade e olhar crítico dos tutores, quer a objetividade, sugestões e experiências profissionais dos orientadores de estágio foram de grande ajuda nos momentos em que me senti mais perdida, recuperando de novo o rumo aos objetivos delineados.

Confesso que o estágio realizado no meu local de trabalho causou-me algum desconforto inicial, mas à medida que este foi decorrendo pude ver com outros olhos o trabalho que desenvolvemos e os cuidados que prestamos diariamente. Tive oportunidade de trabalhar mais de perto com as equipas de enfermagem que tenho menor contato, o que me permitiu ter um conhecimento mais abrangente de como os elementos dessas equipas lidam com esta problemática. Desta forma, pude consciencializar-me que apesar de realizarmos ações de enfermagem que proporcionam um controlo da dor muitas vezes falhamos no registo da nossa avaliação, que nem sempre utilizamos as escalas que foram implementadas e ainda, que são poucas as vezes em que registamos o que fizemos e que reavaliámos as nossas ações.

A interligação do estágio em serviços desconhecidos com a realidade onde desempenho funções possibilitou desenvolver um maior leque de competências, fato que se refletiu num reconhecimento por parte dos meus pares, sendo identificada como um elemento de referência, solicitando o meu contributo como enfermeira perita com competências acrescidas na área da dor. Quanto à instrução de trabalho construída tive sempre o apoio e a recetividade da Enfermeira Chefe e dos colegas. Contudo, ainda não foi possível proceder à sua implementação, quer devido às mudanças que ocorreram no serviço (alteração do corpo clínico), quer posteriormente às alterações nas *guidelines* da avaliação da dor no doente neurocrítico. Todavia, e até ao momento presente, em conjunto com quatro colegas estamos no processo de validação para Portugal de uma escala para avaliação da dor no doente neurocrítico (NVPS) e com apoio de um dos médicos do serviço encontramos-nos a desenvolver um protocolo de analgesia. Sinto-me bastante

privilegiada por integrar uma equipa de saúde preocupada com o cuidar da dor da pessoa alvo dos nossos cuidados.

De igual modo, sublinho momentos difíceis vividos e que se prenderam com a conciliação dos momentos de estágio com o trabalho em si. Apesar de um dos estágios ter sido realizado em contexto de trabalho nem sempre simplifica o duplo papel que se exerce num mesmo local. Apesar de obstáculos, estes factores resultaram em condições promotoras de crescimento, pois o saber lidar com dificuldades e resolver problemas é uma competência que faz parte do nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos enfermeiros orientadores foi pedido que realizassem uma análise do processo de aquisição de competências ao longo do estágio realizado, o seu *feedback* foi bastante positivo. Obtive sempre uma crítica positiva pelo meu desempenho no cuidar da pessoa em situação crítica.

Segundo a definição de Virgínia Henderson, cuidar da pessoa com dor é na minha linha de pensamento proporcionar uma melhor qualidade de vida visando a funcionalidade da pessoa, através da adoção de condutas respeitadoras da singularidade humana.

Como sugestões futuras, gostaria de implementar a instrução de trabalho que realizei, adequada à nova escala a aplicar no serviço, com o intuito de ajudar os profissionais de enfermagem na avaliação e controlo da dor. Além disso, pretendo continuar como elemento integrante do grupo da dor existente no serviço, com o objetivo de dinamizar as equipas de enfermagem nesta área, realizando formação contínua, reavaliando periodicamente como se está a cuidar da pessoa em situação crítica com dor e intervindo de forma a colmatar as dificuldades encontradas.

Considero ser muito importante manter-me atualizada, na posse da evidência científica e informação recente e divulgá-la junto dos pares. Nesse sentido, espero vir a pertencer ao grupo da dor a nível do Centro Hospitalar, de modo a ter um papel mais ativo e interventivo nesta área de cuidados.

Ainda que possa parecer algo grandioso da minha parte, pretendo sugerir a criação de uma nova folha de enfermagem adequada à pessoa em situação crítica em UCI (a nível do Centro Hospitalar), incluindo a dor como um dado objetivo e mensurável.

Como perspectivas de desenvolvimento futuro a curto prazo penso divulgar o trabalho em desenvolvimento no meu contexto de trabalho, sendo cada vez mais necessário tornar a evidência científica como um alicerce estrutural da enfermagem.

Termino reconhecendo a realização deste curso de mestrado como a estruturação articulada de diferentes momentos experienciais que me permitiram formalizar saberes implícitos e não sistematizados. Trata-se claramente de um ensaio da autoformação que defendo como uma competência chave da minha formação contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agard, A. S., & Lomborg, K. (2010). Understanding the needs and experiences of families: Flexible family visitation in intensive care unit: nurses' decision making. *Journal of critica*, p. 1106-1114.
- Aissaoui, Y., Zeggwagh, A. A., Zekraioui, A., Abidi, K., & Abouqal, K. (2005). Validation of Behavioral Pain Scale in Critically Ill Sedated and Mechanically Ventilated Patients. *Anesth Analg*, p. 1470-1476.
- Al-Shaer, D., Hill, P. D., & Anderson, M. A. (Jan-Fev de 2011). Nurses knowledge and attitudes regarding pain assessment and intervention. *MedSurg Nursing*, p. 7-11.
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., American College of Critical Care Medicine. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), p. 263-306.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Blenkhran, A., Faughnan, S., & Morgan, A. (2002). Developing a Pain Assessment Tool for Use by Nurses in an Adult Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, p. 332-341.
- Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, p. 2897-2906.
- Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*, 13, p. 288-297.
- Castro Lopes, J. M. (2003). *Dor - 5º sinal vital [on line]*. Acedido em Fevereiro 2, 2011, disponível em:

http://www.grunenthal.de/wwwgrt/template/ger/news/de/news.html/dor_5_sinal.xml.

- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. A. (2011). A Experiencia Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), p. 41-49.
- Chanques, G., Sebbane, M., Barbotte, E., Viel, E., Eledjam, J.-J., & Jaber, S. (2007). A Prospective Study of Pain at Rest: Incidence and Characteristics of an Unrecognized Symptom in Surgical and Trauma versus Medical Intensive Care Unit Patients. *Anesthesiology*, 107(5), p. 858-860.
- Chlan, L. (2002). Integrating Nonpharmacological, Adjunctive Interventions Into Critical Care: A Means To Humanize Care? *American Journal of Critical Care*, 11, p. 14-16.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida – da prática das mulheres aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica & Fernandes. (2009). *Ordem dos Enfermeiros > A Ordem/ Espaço Cidadão*. Acedido em Abril 4, 2011, disponível em Web Site da Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaMundialContraaDo r2009.aspx
- Desbiens, N., Wu, A., Broste, S., Wenger, N., Connors, A. J., Lynn, J., Fulkerson, W. (1996). Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Critical Care Medicine*, 12, p. 1953-1961.
- Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Circular Normativa nº 11*.
- Direção Geral de Saúde; Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor - Direcção Geral de Saúde*. Acedido em Julho 1, 2011, disponível em Web site da Direcção Geral da saúde: <http://myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

- Finnerty, R. (2011). Music Therapy - A viable intervention for pain control. *Canadian Nursing Home*, 22(1), p. 5-12.
- First International Pain Summit. (2010). *IASP - International Association for the Study of Pain*. Acedido em Junho 19, 2012, disponível em Web site da IASP: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Advocacy/DeclarationofMontr233al/default.htm>
- Gélinas, C. (2007). Management of pain in cardiac surgery ICU patients: have we improved over time? *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(3), p. 298-303.
- Gélinas, C. (2010). Nurses' Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain Management Nursing*, p. 115-125.
- Gélinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., & Puntillo, K. (2004). Pain Assessment and Management in Critically Ill Intubated Patients: A Retrospective Study. *American Journal Of Critical Care*, 13(2), pp. 126-135.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9 (2), p. 96-109.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., Sereika, S. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, p. e28-e40.
- Henderson, V. (2007). *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.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Internacional Association for the Study of Pain. (1994). *Internacional Association for the Study of Pain - IASP*. Acedido em Maio 3, 2012, disponível em Web site da Internacional Association for the Study of Pain: <http://www.iasp-pain.org>

- Jacobi, J., Fraser, G., Coursin, D., Riker, R., & Fontaine, D. W. (2002). Clinical Practice Guidelines for the Sustained Use of Sedatives and Analgesics in the Critically Ill Adult. *Critical Care Medicine*, p. 119-141.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, H. S. (2010). *Family health care nursing : theory, practice, and research* (4^a ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kabes, A. M., Graves, J. K., & Norris, J. (2009). Further Validation of the Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, p. 59-66.
- Kazanowski, M. K., & Lacetti, M. S. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Editora LAB.
- Klein, K., & Provencio, J. (2013). SCCM > Communications > Critical Connections > Archives > Pain, Agitation and Delirium - Challenges in Managing Patients with Neurological Injuries. Acedido em Abril 15, 2013, disponível em Web site de Society of Critical Care Medicine: <http://www.sccm.org/Communications/Critical-Connections/Archives/Pages/Pain,-Agitation-and-Delirium---Challenges-in-Managing-Patients-with-Neurological-Injuries.aspx>
- Li, D., Puntillo, K., & Miaskowski, C. (2008). A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *The Journal of Pain*, 9 (1), p. 2-10.
- Loeser, J. D. (2001). *Essays on Pain*. Acedido em Junho 13, 2013, disponível em Web Site da European Federation of IASP Chapters: <http://efic.org/index.asp?sub=51286581Ad7n09>
- National Pharmaceutical Council. (2001). *Pain: Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments*. monografia.
- Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., & Ingersoll, G. L. (2003). Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(6), p. 260-267.
- Ofori, B. S. (2009). *Pain Assessment and Management in the Critically Ill Unconscious Patient in the Adult Intensive Care Units*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Witwatersrand, Joanesburgo.

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática* (Vol. I). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.
- Pasero, C., Puntillo, K., Li, D., Mularski, R. A., Grap, M. J., Erstad, B. L., Sessler, C. N. (2009). Structured Approaches to Pain Management in the ICU. *Chest*, 135(6), pp. 1665-1672. Acedido em Junho 2, 2011, disponível em: <http://chestjournal.chestpubs.org/content/135/6/1665.full.html>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor, Grupo Avaliação Dor*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.
- Pudas-Tähkä, S.-M., Axelin, A., Aantaa, R., Lund, V., & Salanterä, S. (2009). Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), p. 946-956.
- Puntillo, K. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung*, 19(5), p. 526-533.
- Puntillo, K. (2003). Pain assessment in the critically ill: Wizardry or science? *American Journal of Critical Care*, p. 310-316.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, (2011). *Diário da República - 2ª série - N.º 35*, 8656-8657.
- Ritto, A. C. (2006). *A Dor e a Prática de Enfermagem - A Dor como 5º Sinal Vital*. Tese de dissertação de Mestrado em Oncologia, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Schoonderbeek, F. J. (2008). *Management of Pain and Distress in the Adult ICU Patient*. Universidade Erasmus de Roterdão , Roterdão.
- Shannon, K., & Bucknall, T. (2003). Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(3), p. 154-162.

- Stites, M. (2013). Observational Pain Scales in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 33(3), p. 68-79.
- Tracy, M. F., & Chlan, L. (2011). Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, 31(3), p. 19-29.
- Urden, D., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *THELAN's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Canadian Family Physician*, 56, p. 514-517.
- Vilela, H., & Ferreira, D. (2006). Analgesia, Sedação e Relaxamento Neuromuscular no Doente Ventilado em Cuidados Intensivos Cardíacos. *Revista Portuguesa de cardiologia*, 25, p. 89-98.
- World Health Organization. (2007). *WHO Normative Guidelines on Pain Management*. Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO, Geneva.
- Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo: Roca.
- Wyrick, C., Adesanya, A., & Joshi, G. (2007). Critical Care Pain Management. Acedido em Maio 3, 2011, disponível em Diagnostic & Interventional Cardiology: <http://www.rsnafastpass.net/print/28471?t=>

ANEXOS

ANEXO I – Análise de escalas de avaliação da dor



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

ESTÁGIO UCIP DO HOSPITAL EGAS MONIZ

**COMPARAÇÃO DE DUAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA
DOR
EM DOENTES
INCONSCIENTES/SEDADOS/VENTILADOS**

ESTUDANTE:

TÂNIA ISABEL ALVES NOBRE, Nº 3718

DOCENTE: PROF. CARLA NASCIMENTO

LISBOA,

DEZEMBRO 2011

SUMÁRIO

	p.
INTRODUÇÃO.....	5
1. ANÁLISE CRÍTICA.....	6
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	10

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Escalas de Avaliação da Dor e os seus indicadores

SIGLAS

BPS – Behavioral Pain Scale

NVPS – Nonverbal Pain Scale

INTRODUÇÃO

Uma quantificação exacta da dor pode contribuir para um maior conforto do doente, promover uma recuperação mais rápida, melhorar a sua condição clínica e prevenir eficazmente os efeitos prejudiciais da dor. Todavia, isto só é possível se forem implementadas medidas que conduzam à realização sistemática de avaliação da dor de forma rigorosa. É necessário insistir para que se documente a avaliação e gestão da dor de forma a garantir a comunicação entre os profissionais de saúde e desta forma dar continuidade aos cuidados (Ofori, 2009). O facto de ter instrumentos de avaliação da dor válidos, que permitam uma abordagem sistematizada, poderá ser possível melhorar a gestão e controlo da dor em contexto da prestação de cuidados em unidade de cuidados intensivos(Cade, 2008).

Uma das grandes diferenças com que me deparei neste estágio, em relação à minha prática de cuidados, e que está directamente relacionada com o projecto que pretendo desenvolver, diz respeito a avaliação da dor nos doentes inconscientes. Na UCIP, do hospital Egas Moniz, é utilizada a *Nonverbal Pain Scale* (NVPS) enquanto que no meu serviço é utilizada a *Behavior Pain Scale* (BPS), pelo que decidi aprofundar conhecimentos nesta escala de avaliação da dor que não conhecia tão bem, comparar as duas fazendo uma análise crítica baseada na evidência científica recente.

1. ANÁLISE CRÍTICA

A avaliação da dor nos doentes críticos é um processo difícil e complexo uma vez que muitos destes são incapazes de comunicar verbalmente por estarem inconscientes ou sedados. Este tipo de doentes padece de um risco acrescido de inadequado controlo da dor e analgesia. Embora os doentes críticos sejam particularmente vulneráveis à dor, o controlo da dor nem sempre é considerado uma prioridade para a equipa de cuidados (Blenkhran, Faughnan, & Morgan, 2002). Um controlo efectivo só pode ser atingido com uma avaliação rigorosa da dor (*Idem*).

Segundo a literatura consultada, existem escassas ferramentas de avaliação da dor nos doentes adultos inconscientes. No entanto o reconhecimento da existência de dor e a sua avaliação são os passos essenciais para um bom controlo da mesma. Para este efeito têm sido criadas novas escalas de avaliação de dor adaptadas ao doente inconsciente, que se baseiam sobretudo na observação comportamental e sinais fisiológicos. Uma boa ferramenta de avaliação da dor para o doente inconsciente deve ter instruções bem definidas, ser curta, válida, diferenciar presença de dor/ ausência dor e ser sensível a mudanças.

Os indicadores que constituem estas escalas são essencialmente comportamentais e fisiológicos. No quadro 1, encontram-se descritas as Escalas de Avaliação da Dor, que me propus comparar, e os diferentes indicadores que as constituem.

Quadro 1 – Escalas de Avaliação da Dor e os seus indicadores

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	INDICADORES
<i>Behavior Pain Scale</i> (BPS)	<u>Comportamentais:</u> - Expressão facial; - Movimentos dos membros superiores; - <i>Compliance</i> com ventilador.

Nonverbal Pain Scale
(NVPS)

Comportamentais:

- Expressão facial;
- Actividade/movimentos;
- Posição de defesa;

E fisiológicos:

- Fisiológicos 1 (alterações de sinais vitais);
- Fisiológicos 2 (outros sinais fisiológicos)

No que diz respeito à Escala de Avaliação da Dor NVPS, os indicadores fisiológicos pretendem evidenciar a alteração nos sinais vitais e de alterações fisiológicas perceptíveis após a aplicação de estímulos dolorosos, como é o caso dos procedimentos invasivos. Os indicadores que constituem a NVPS são comportamentais (expressão facial, actividade/movimentos, e adopção de posição de defesa) e fisiológicos, dividindo-se estes últimos em *fisiológicos I* (alterações nos sinais vitais) e *fisiológicos II* (temperatura e coloração da pele, sudorese, tensão muscular, entre outros...). Kabes, Graves & Norris (2009) referem que os resultados obtidos com a NVPS demonstraram diferenças significativas antes, durante e após o estímulo doloroso. No entanto, o campo referente aos indicadores *fisiológicos II*, não demonstrou alterações significativas (por exemplo, aumento da frequência cardíaca), como seria de esperar durante o estímulo doloroso. Parece que a inclusão dos indicadores fisiológicos não traz evidência significativa na avaliação da dor do doente inconsciente, quer por a sua alteração poder estar relacionada com outros factores (patologia, medicação, etc...) quer por não evidenciar alterações significativas após a aplicação de estímulos dolorosos.

Em relação à utilização da escala BPS na avaliação da dor no doente adulto inconsciente. Os indicadores utilizados na escala BPS são apenas comportamentais e baseiam-se na expressão facial, movimentos dos membros superiores e *compliance* (adaptação) com ventilador mecânico. O estudo de Aissaoui, Zeggwagh, Zekraioui, Abidi & Abouqal (2005), demonstrou a validade da escala BPS e a sua fidedignidade na avaliação da dor em doentes inconscientes sendo possível detectar mudanças no estado clínico e detectar procedimentos dolorosos através da sua utilização. No mesmo estudo é referido que os indicadores comportamentais: movimentos dos membros superiores e

expressão facial contribuíram para a avaliação da dor. A *compliance* com o ventilador teve uma contribuição moderada, mas efectiva para a avaliação da dor. No que respeita aos estudos apresentados nos restantes artigos revistos, relativamente à escala BPS, Cade (2008), reforça a utilidade da escala referindo que esta apresentou boa validade e demonstrou ser coerente no que respeita à avaliação da dor.

As recomendações para a avaliação da dor em doentes incapazes de fornecer um relato objectivo da intensidade da dor incluem a observação de dor relacionada com comportamentos (Juarez, *et al.*, 2010). Embora a utilização de indicadores fisiológicos para identificar a presença da dor tenha sido recomendado no passado, actualmente existem informações que desaconselham depender dos indicadores fisiológicos em doentes críticos, porque a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória podem ser influenciados pelo processo de doença ou medicamentos necessários para tratamento desta (Juarez, *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada em estágio na avaliação da dor dos doentes a meu cargo com as ferramentas utilizadas no serviço foi, inicialmente, um pouco complicada pois não estava familiarizada com esta escala, pelo que senti necessidade de procurar informação sobre a mesma. Penso que este facto demonstra quanto é importante termos uma equipa familiarizada com as escalas em uso, pois quanto menos dúvidas existir mais correcta será a sua utilização e maiores serão os benefícios para os doentes. Nem sempre é fácil ou totalmente linear a utilização da escala escolhida para o serviço, não digo isto pelo facto de na minha prática de cuidados utilizar uma escala diferente, mas pela especificidade dos doentes da unidade que recebe tanto doentes do foro médico como do foro cirúrgico, das suas patologias e medicação.

A especificidade existente nas unidades de cuidados intensivos obriga-nos a ter mais atenção em algo que fazemos diariamente, obriga-nos a olhar para o doente como um todo e despistar alguns sinais que podem traduzir dor. Ou seja, temos sempre de ver o contexto do doente e tentar perceber o que realmente se passa.

Mediante a evidência científica recente da literatura consultada, penso que dificilmente existirá uma escala que se ajuste a todos os contextos, pelo que estas deverão ser sensíveis a alterações que melhorem a sua eficácia dentro da especificidade de cada serviço. O uso de uma ferramenta para avaliação da dor é uma estratégia para melhorar avaliação da dor experimentada pelo adulto ventilado, pelo doente que é incapaz de garantir uma auto-avaliação da dor (Juarez, *et al.*, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aissaoui, Y., Zeggwagh, A. A., Zekraioui, A., Abidi, K., & Abouqal, K. (2005). Validation of Behavioral Pain Scale in Critically Ill Sedated and Mechanically Ventilated Patients. *Anesth Analg*, p. 1470-1476.
- Blenkhran, A., Faughnan, S., & Morgan, A. (2002). Developing a Pain Assessment Tool for Use by Nurses in an Adult Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, p. 332-341.
- Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*, 13, p. 288-297.
- Juarez, P., Bach, A., Baker, M., Duey, D., Durkin, Sue, Lefavier, C. A. (Novembro/Dezembro de 2010). Comparison of Two Pain Scales for the Assessment of Pain in the Ventilated Adult Patient. *DIMENS CRIT CARE NURS*, p. 307-315.
- Kabes, A. M., Graves, J. K., & Norris, J. (2009). Further Validation of the Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, p. 59-66.
- Ofori, B. S. (2009). *Pain Assessment and Management in the Critically Ill Unconscious Patient in the Adult Intensive Care Units*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Witwatersrand, Joanesburgo.

ANEXO II – Estudo de caso



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

ESTÁGIO UCIP DO HOSPITAL EGAS MONIZ

ESTUDO DE CASO

ESTUDANTE:

TÂNIA ISABEL ALVES NOBRE, Nº 3718

DOCENTE: PROF. CARLA NASCIMENTO

LISBOA,

DEZEMBRO 2011

SIGLAS

AE – Alimentação Entérica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Actividades de vida diárias

DGS – Direcção Geral de Saúde

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

FiO₂ – Fracção inspirada de oxigénio

FR – Frequência respiratória

HDFVVC – Hemodiafiltração veno-venosa contínua

HEM – Hospital Egas Moniz

HSFX – Hospital S. Francisco Xavier

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NVPS – *Nonverbal Pain Scale*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Pressão Controlada

PEEP – Pressão positiva expiratória final (*positive end-expiratory pressure*)

SDRA – Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

TA – Tensão arterial

TAC CE – Tomografia Axial Computorizada Crânio encefálica

TET – Tubo Endotraqueal

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

ABREVIATURAS

cc – centímetro cúbico

cc/h – centímetro cúbico por hora

cmH₂O – centímetros de água

Kcal/Kg – quilocaloria por quilograma

min. – minutos

mmHg – milímetros de mercúrio

p. – página

ppmin – pulsações por minuto

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 5
1. BREVE DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO.....	7
2. PLANO DE CUIDADOS.....	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	25

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório foi-me proposto a elaboração de um estudo de caso, como uma das actividades a desenvolver neste estágio. De acordo com Benner (2001, p.50) as enfermeiras “*aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação*”. A escolha do doente a retratar neste estudo de caso teve em conta o facto de ser um doente sedado e ventilado com a sua capacidade de comunicação alterado, logo com incapacidade de referir dor. A finalidade deste estudo de caso é desenvolver um trabalho sobre um caso de real de cuidados direccionando-o para o cuidar de um doente crítico com enfoque na dor.

A dor pode ser definida 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*” (International Association for the Study of Pain citado por Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2001). Segundo a literatura consultada a melhor forma de procedermos à avaliação da dor num doente é através da sua própria auto-avaliação, quando se trata de um doente crítico surgem as dificuldades. A incapacidade de comunicar por estar inconsciente, estar entubado, sedado ou com ventilação mecânica pode ser um verdadeiro desafio para os profissionais de enfermagem. Pode-se afirmar que este tipo de doentes padece de um risco acrescido de inadequado controlo da dor e analgesia.

Segundo Henderson (1978) a dor pode ser um sinal primário de que algo não está bem com o corpo. A dor pode conduzir-nos à ideia da morte, contudo pode ser de grande valor diagnóstico para algumas patologias. A dor faz com que as pessoas se sintam vulneráveis e sozinhas, ou podem sentir dor por estarem sozinhas e vulneráveis (Henderson & Nite, 1978).

Tendo em conta as alterações fisiológicas que a dor pode provocar num doente e que, se este estiver inconsciente, não se conseguirá queixar verbalmente aos profissionais, compete aos enfermeiros antecipar as suas necessidades procurando que estas sejam satisfeitas e favorecendo que mais tarde o doente venha a readquirir a sua

independência. Virgínia Henderson (2004) diz que *“a enfermeira é, temporariamente, a consciência do inconsciente”* sendo que *“é esta necessidade de estimar as necessidades individuais, imediatas e a longo prazo, de cuidados físicos, apoio emocional e reeducação, que faz da enfermagem um serviço da maior importância”*.

Com o aumento da esperança média de vida tem-se vindo a verificar, conseqüentemente, o envelhecimento da população o que resulta num aumento de diversas patologias, todas potencialmente dolorosas. O processo de envelhecimento caracteriza-se por alterações nos tecidos e órgãos e com o avançar da idade a incidência das doenças aumenta. De uma forma geral o declínio fisiológico e o processo de doença influenciam-se mutuamente. Os enfermeiros em cuidados intensivos têm-se deparado com o facto de que cuidam de um número crescente de idosos, este aumento *“funciona como um desafio para os profissionais de saúde, que devem reconhecer as peculiaridades desse grupo e atender [às] suas necessidades”* (Kazanowski & Lacetti, 2005, p. 169).

Este estudo de caso irá ter início pela descrição sucinta do caso, o plano de cuidados realizado, com análise de acordo com o quadro conceptual de Virginia Henderson e por fim, vou tecer algumas considerações finais onde irei reflectir acerca do trabalho desenvolvido.

1. BREVE DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O estudo de caso que me proponho desenvolver diz respeito ao Sr. J.C., um doente do sexo masculino, com 77 anos, autónomo nas suas AVD's, com antecedentes pessoais de hipertensão, síndrome depressivo, patologia prostática não especificada, prótese total da anca à esquerda colocada há 6 anos, história de quedas no domicílio no contexto de lipotímias por hipotensão. No dia 4/11/2011 foi transportado ao Serviço de Urgência do HSFx após ter sido encontrado caído em casa, a convulsivar, com incontinência de esfínteres, desconhecendo-se duração exacta da crise, mas que terá resolvido após chegada do INEM, cerca de 30 minutos mais tarde. No local fez terapêutica com diazepam ev 5mg com boa resposta clínica. Não apresentava eventos neurológicos ou disfunção neurológica prévia. À entrada apresentava-se: vigil, com desvio conjugado do olhar para a direita, reactivo à estimulação dolorosa com pupilas isocóricas e reactivas à foto estimulação; afásico; hemiparésia direita flácida de predomínio braquial. Eupneico em repouso, O₂ a 5L/min com boas saturações periféricas de 98%, TA - 152/80mmHg; pulso - 97ppm (rítmico). Traçado de monitorização cardíaca compatível com ritmo sinusal.

Realizou TAC CE que revelou: “No estudo efectuado não se observam aspectos sugestivos de lesão isquémica ou hemorrágica em evolução. Ligeira acentuação difusa da hipodensidade relativa da substância branca peri-ventricular e coroas radiárias a traduzir padrão de leucoencefalopatia microangiopática aterosclerótica Hipodensidades circunscritas em localização radiária direita e justa-opercular esquerda em relação com lesões isquémicas lacunares. Coexiste padrão de discreta atrofia cortico-subcortical cerebral difusa.”

Ficou internado no Serviço de Medicina II do HEM com as hipóteses de diagnóstico de crise tónico-clónica generalizada/ AVC isquémico em evolução/pneumonia bilateral. No dia 7/11/2011 por agravamento do score neurológico e por quadro de dificuldade respiratória foi entubado orotraquealmente e transferido para a UCIP por necessidade de ventilação mecânica. Apresenta score 6 na escala de comas de Glasgow e inicia sedação com midazolam e morfina que ficam em perfusão contínua a 5^{cc}/h.

Dia 9/11/2011 por suspeita de AVC em evolução o Sr. JC foi realizar uma TAC CE que revelou enfartes antigos. No dia 10/11/2011 inicia quadro de alguma instabilidade hemodinâmica com taquicardia e hipotensão fica com perfusões de amioderona, noradrenalina e dopamina. Dia 14/11/2011 por alterações da função renal e potássio de 6,6 colocou cateter de diálise e iniciou hemodiafiltração veno-venosa continua (HDFVVC).

Durante o internamento manteve instabilidade hemodinâmica com agravamento progressivo, tendo-se verificado o óbito no dia 24/11/2011 às 21h30.

2. PLANO DE CUIDADOS

Numa UCI o doente fica num estado de dependência total em que, nem mesmo as suas funções corporais mais simples estão sob o seu controlo. Esta dependência da tecnologia, perda de controlo e grande parte das vezes, incapacidade de comunicar (por estar inconsciente, por estar entubado, sedado ou com ventilação mecânica, entre outros) leva a um grande desconforto emocional e físico por parte do doente.

Para Virgínia Henderson (1978) a função do enfermeiro é de extrema complexidade pois requer identificação e compreensão de todos os tipos de pessoas, incluindo as pessoas criticamente doentes. Este conceito requer que as enfermeiras compreendam as necessidades fundamentais da pessoa de forma a poderem ajudá-la a satisfazer essas necessidades, para que possam ter uma vida tão produtiva quanto possível mesmo durante a doença. A prática de enfermagem de acordo com este conceito implica que se saiba avaliar as necessidades humanas fundamentais (NHF's) da pessoa. Quando um doente se encontra inconsciente praticamente todas as suas necessidades humanas fundamentais se encontrarão afectadas. Cabe, assim, ao enfermeiro satisfazer as necessidades do doente, priorizando-as caso a caso, através da realização de um plano escrito para os cuidados básicos de enfermagem.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (NHF'S ALTERADA)	INTERVENÇÕES
<p>- RESPIRAR</p> <p><u>Relacionada com:</u> Insuficiência respiratória e agravamento do score neurológico</p> <p><u>Manifestado por:</u> Dificuldade respiratória</p>	<ul style="list-style-type: none">- Informar a família acerca da necessidade da ventilação mecânica e alterações esperadas associadas;- Avaliar a dor/desconforto do doente;- Monitorizar e registar os parâmetros do ventilador;- Verificar que os alarmes do ventilador estejam ligados e adequados ao doente;- Verificar regularmente todas as conexões do ventilador;- Aspirar secreções em SOS;- Proporcionar cuidados de higiene oral;- Verificar nível do TOT e comparar com valor inicial;- Monitorizar hemodinamicamente o doente;

- Colheita de sangue para gasimetrias, quando necessário;
- Verificar a pressão do *cuff* do TOT.

AVALIAÇÃO:

- Doente permanece conectado a prótese ventilatória em modalidade controlada (PC com FiO₂ - 80%, PC de 24, PEEP – 8, FR – 20), foram feitos os registo dos parâmetros ventilatórios apresentando o doente alguns períodos de desadaptação. Avaliada a dor segundo a NVPS, escala utilizada na unidade, (dor = 2), foi posicionado sem efeito foi comunicado à médica de serviço que deu indicação para reajustar valor de sedoanalgesia. Após reajuste doente apresentou ligeira hipotensão que reverteu espontaneamente;

- Nível do TOT de 23 à comissura labial, igual à entrada;

- Verificada pressão do *cuff*, antes da aspiração de forma a evitar possível aspiração de conteúdo, foi insuflado encontrava-se com pressão abaixo do indicado;

- Aspiradas secreções brônquicas espessas purulentas abundantes várias vezes no turno, sendo que tivemos sempre o cuidado de verificar a necessidade desta intervenção através da observação de presença de secreções no TOT e através da auscultação.

- Verificado que o doente apresenta tendência para formar rolhões, pelo que foi utilizado soro fisiológico, foi discutido com o enf.º Luís a pertinência e necessidade da sua utilização, e hiperventilado com insuflador manual;

A Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda (SDRA), foi diagnosticada ao Sr. JC, esta “*é uma síndrome clínica de dispneia grave de início rápido, com hipoxemia decorrente da alteração entre a ventilação e a perfusão alveolar e presença de infiltrados pulmonares difusos, que levam a um quadro de insuficiência respiratória rapidamente progressiva*” (Figueiredo, 2008). A modalidade ventilatória utilizada neste doente é um modo controlado que a ventilação por pressão-controlada (PC) tem sido utilizada como opção *preferencial* de ventilação na SDRA (Figueiredo, 2008). A PC, em função de seu fluxo desacelerado, apresenta vantagens: melhor distribuição da ventilação, com menor espaço morto, menor pico de pressão nas vias aéreas, menor

pressão média das vias aéreas, maior complacência, redução da PaCO₂ e aumento da PaO₂ (Esteban, *et al.*, 2000).

As guidelines da *American Association for Respiratory care* (AARC), de 2010 definem que: a aspiração de secreções deve ser efectuada quando necessário e não por rotina. A aspiração de secreções deve ser determinada principalmente pela observação visual da acumulação de secreções e pela auscultação pulmonar, para determinar a presença de secreções, aderências no TET e/ou obstrução nas vias aéreas.

O uso de soro fisiológico por rotina não se recomenda pode trazer mais malefícios do que benefícios; a aspiração deve ser superficial e não profunda; a pré-oxigenação só é recomendada nos doentes que dessaturam com a aspiração; doentes com FiO₂ e PEEP elevado a aspiração deve ser com circuito fechado; a aspiração deve ter menos de 15 segundos (AARC Clinical Practice Guidelines, 2010).

Relativamente à pressão do *cuff*, esta não deve exceder os 25mmHg (35 cm H₂O), este limite baseia-se no pressuposto que a pressão hidrostática dos capilares da parede da traqueia é de 25mmHg, se a pressão do *cuff* for superior pode provocar lesões isquémicas e necrose da traqueia (Marino, 2007, p. 497). Se há uma fuga no *cuff* não se deve insuflá-lo de qualquer forma pois o TET pode estar mal posicionado na traqueia o que vai provocar danos nas cordas vocais (Marino, 2007, p. 498), pelo a verificação regular do nível do TET se torna essencial.

Numa UCI, os enfermeiros prestam frequentemente cuidados a pessoas que transitoriamente ou não, estão inconscientes ou sedadas o que as impossibilita de comunicar verbalmente. No caso de um doente estar inconsciente todo o processo de cuidar fica dificultado, nomeadamente o controlo da dor, pois a comunicação verbal, que utilizamos frequentemente para estabelecer uma relação de ajuda fica comprometida. Nestes casos os enfermeiros que cuidam destes doentes podem sentir que as vidas destes são mais suas do que deles próprios (Henderson & Nite, 1978). A relação de ajuda está inerente à profissão de enfermagem e uma das suas componentes mais importantes é a comunicação. Esta está presente no acto do cuidar pelo que a sua efectividade determina a qualidade dos cuidados prestados. O que difere na comunicação entre enfermeiro e o doente inconsciente é a incerteza da receptividade da mensagem e a inexistência duma resposta.

O enfermeiro deve assegurar a continuidade da comunicação não verbal com o doente, estando atento ao fâcies, às reacções corporais da pessoa, aos procedimentos e técnicas. Se o enfermeiro não estiver atento aos pequenos sinais que o doente lhe possa transmitir, tais como, uma alteração no traçado cardíaco, uma lágrima, uma mudança no fâcies, uma tentativa de verbalizar algo embora esteja impossibilitado de o fazer, entre outros, poderá estar a ignorar um sinal de sofrimento, de dor, de desconforto, de ansiedade, de angústia, de tristeza, entre outros, que o utente lhe possa estar a tentar transmitir.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (NHF'S ALTERADA)	INTERVENÇÕES
<p>- COMUNICAÇÃO</p> <p><u>Relacionada com:</u> Presença de EOT e sedação em perfusão contínua;</p> <p><u>Manifestado por:</u> Risco de dor;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da dor do doente através da escala em uso no serviço, no intervalo de tempo preconizado e sempre que necessário; - Uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor (massagem, toque, mudança de posição); - Explorar intervenções para a dor que tenham sido usadas e sua eficácia. - Registrar e reavaliar todas as intervenções realizadas; - Correlacionar a dor e sua intensidade ao analgésico prescrito; - Intervir a fim de minimizar os riscos de ocorrência e complicações da dor; - Promover o conforto físico, mudar decúbito sempre que necessário; - Controlar estímulos ambientais que possam prejudicar o doente, tais como: barulho, calor, luz, etc; - Observar sinais/comportamentos de dor no doente; - Observar o doente a respeito dos efeitos colaterais dos medicamentos de controlo da dor, tais como, obstipação, náuseas e intolerância, a fim de preveni-los e minimizá-los;

- Comunicar alterações observadas e registados aos médicos para possível reajuste terapêutico.

AVALIAÇÃO:

- Segundo a passagem de ocorrências/registos o doente, em turnos anteriores, tinha apresentado períodos de desadaptação ventilatória que tinham revertido através da administração de bólus de sedoanalgesia. Durante o início do turno doente apresentou novamente período de desadaptação ventilatória, observado o doente, não apresentava presença de secreções brônquicas, pelo que avaliamos a dor, segundo a NVPS. Dor = 3, valor diferente da última avaliação, foi desposicionado e reajustado no leito com pouco efeito. Foi comunicado à médica de serviço que reajustou valores de sedoanalgesia (Midazolam + Morfina) com algum efeito, foi-lhe comunicado e fica registado em notas;

- Doente com edemas periféricos, com pele seca, desidratada e friável, pelo que foi realizada alternância de decúbito de 2/2h. Embora à mobilização o doente apresentasse fácies de dor (sobrolho franzido e esgar) após os posicionamentos em que foi realizada massagem doente aparentemente mais calmo, fácies sereno, foi registado em notas;

- Durante o turno avaliada a dor em intervalos mais curtos do que o preconizado de forma a avaliar a eficácia das intervenções;

- Na passagem de turno foi transmitido aos colegas as estratégias utilizadas neste doente, relativamente à gestão e controlo da dor, evidenciando os resultados obtidos.

Dada a natureza das UCI's, os cuidados de enfermagem por vezes são agressivos e dolorosos. A existência de cateteres, entubações traqueais, técnicas dolorosas, entre outros, levam a que se provoque dor no doente que já se encontra debilitado e por vezes com dor devido à sua patologia de base. *“A dor provocada pelos cuidados é resultante de inúmeras pequenas “agressões” do corpo que, isoladamente, não produzem uma dor insuportável. Mas, a acumulação diária de todas essas sensações desagradáveis pode, se não se estiver atento, provocar uma dor que o doente já não pode suportar”* (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002).

O envelhecimento da população tem como consequência o aumento de diversas patologias, todas potencialmente dolorosas. Segundo as autoras Kazanowski & Lacetti (2005) o *“idoso realmente vivencia mudanças no processo natural do envelhecimento, o que o coloca em maior risco de lesão e enfermidade [às] suas dores correlatas, além de mudanças físicas que podem interferir com as tentativas de intervenção para alívio da dor”*. Sendo que este grupo, em cuidados intensivos, requer uma observação mais intensa, uma vez que possuem uma menor capacidade de adaptação ao stress e à doença.

Segundo Henderson & Nite (1978) a dor pode ser um sinal primário de que algo não está bem com o corpo. A dor pode conduzir-nos à ideia da morte, contudo pode ser de grande valor diagnóstico para algumas patologias. Tendo em conta as alterações fisiológicas que a dor pode provocar num doente e que, se este estiver inconsciente ou entubado orotraquealmente, não se conseguirá queixar verbalmente aos profissionais, compete aos enfermeiros antecipar as suas necessidades procurando que estas sejam satisfeitas.

A avaliação regular da dor resulta na optimização da analgesia e no alívio da dor promovendo o bem-estar e a qualidade de vida de todos os doentes, o que pode levar a resultados clínicos importantes: diminuição do tempo de necessidade de ventilação mecânica, diminuição no tempo de internamento e por conseguinte diminuição da probabilidade de contrair uma infecção nosocomial. O facto de termos escalas de avaliação da dor válidas, que permitam uma abordagem sistematizada, poderá ser possível melhorar a gestão e controlo da dor em contexto da prestação de cuidados em unidade de cuidados intensivos (Cade, 2008). Pelo que é importante termos uma equipa familiarizada com as escalas em uso, pois quanto menos dúvidas existir mais correcta será a sua utilização e maiores serão os benefícios para os doentes.

Mas o *“controle da dor não se resume à administração de anti-álgicos. Existem outros meios inerentes às funções da enfermeira, que são acessíveis a todos os que prestam cuidados. Estes meios contribuem para a prevenção e para a redução da dor. Devem ser aprefeiçoados à medida que as equipas de cuidados forem propondo correções”* (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002, p. 197). A administração prévia de analgésicos prescritos pode minimizar a dor e existem pequenas técnicas que podem ser significativas para o alívio da dor, tal como um correcto posicionamento ou uma pequena massagem podem proporcionar um adequado relaxamento que produz

uma redução do sofrimento associado a dor. “Na literatura de cuidados intensivos surgem numerosos métodos de tratamento da dor, para além dos farmacológicos(...) O uso da massagem tem sido a pedra angular dos cuidados de enfermagem ao doente com dor. É uma técnica apropriada para o tratamento da maioria dos doentes críticos” (Urden, Stacy, & Lough, THELAN's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção, 2008, p. 146).

São os “pequenos gestos” que se fazem no dia-a-dia que podem levar algum conforto e alívio da dor aos doentes, em especial o doente idoso que é mais sensível ao toque, a presença de alguém por perto que os acarinha e proporciona conforto, por vezes é o quanto basta para o alívio da dor.

No que se refere à sedação e, embora se compreenda a necessidade de o doente estar tranquilo durante o internamento para que se consiga actuar de forma terapêutica, é necessário ter atenção que a “*sedação excessiva pode prolongar a duração da ventilação mecânica, criar dependência física e psicológica e aumentar o tempo de internamento*”, sendo necessário encontrar um equilíbrio pois “*a sedação insuficiente também é perigosa*” podendo os doentes ficar agitados e retirar, por exemplo, o TOT (Urden, Stacy, & Lough, 2008). No caso do Sr. JC foi, inicialmente, instituída devido à exaustão respiratória para que ficasse adaptado à prótese ventilatória e tolerasse a modalidade e parâmetros instituídos.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (NHF'S ALTERADA)	INTERVENÇÕES
<p>- COMUNICAÇÃO</p> <p><u>Relacionada com:</u> Agravamento da situação do doente/situação de mau prognóstico;</p> <p><u>Manifestado por:</u> Ansiedade dos familiares (sobrinha e irmã);</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente calmo e privacidade; - Utilização de linguagem clara e precisa adequada à pessoa significativa/familiar; - Dar a informação passo a passo acerca da situação para que a pessoa significativa/familiar consiga processar a informação; - Validar a informação, dar tempo e espaço para a colocação de perguntas; - Encaminhar para o médico, quando necessário; - Proporcionar tempo de visita alargado, dar informações de como vão encontrar o doente.

AVALIAÇÃO:

- No dia 24/11/2011 o Sr. JC apresentou quadro de bradicardia e hipotensão com acidose metabólica, por indicação médica fez correção com 2f de bicarbonato de sódio, aumentado ritmo da perfusão de Noradrenalina e reiniciou Dopamina, e foi administrado 500mL de gelafundina com pouco efeito. Devido a este agravamento e à manutenção da instabilidade hemodinâmica a médica de serviço falou com o enf. Luís e comigo e decidiu-se chamar família para comunicar a situação;

- Recebemos a sobrinha, familiar de referência do Sr. JC, informámo-la de como iria encontrar o doente e encaminhamo-la para falar com a médica de serviço, tentou-se proporcionar alguma privacidade, embora o serviço não tenha nenhuma sala específica para o efeito;

- A sobrinha do Sr. JC pode permanecer junto a ele fora da hora da visita;

- Validamos informação médica respondendo às dúvidas colocadas;

- Embora triste e estando ciente do mau prognóstico do tio, porque era uma situação mais ou menos esperada dada a evolução do doente, esta preferiu relembrar o tio, conversando comigo. Partilhando comigo memórias, momentos/histórias e fotos.

Segundo Soares (2007) o *“cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas unidades”* de cuidados intensivos. As especificidades do ambiente em UCI tornam-na um meio agressivo e desconhecido não só para o doente como para a família. Em que o *“processo de comunicação é a pedra angular do cuidado dos familiares”* (Soares, 2007).

Segundo Pereira (2011) citando Ptacket, Tara & Eberhardt, (1993) a comunicação de uma má notícia é *“qualquer informação que envolva uma mudança drástica e negativa no futuro.”* É de salientar que faz parte do papel do enfermeiro e é da sua responsabilidade fornecer informações, como refere o Código Deontológico, no Artigo 84º - Do dever de informação *“(…) o enfermeiro assume o dever de: a)Informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem, b)Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, c)Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo*

indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem (...)” (Código Deontológico dos Enfermeiros, 1998).

A comunicação é um dos aspectos mais importantes no cuidar em enfermagem mas o “*valor de qualquer comunicação não está naquilo que se transmite mas sim naquilo que o nosso receptor percebe do que nós transmitimos*” (Pereira, 2011). Se transpusermos este facto para uma fase crítica em que a família/pessoa significativa vivenciam importa conhecer e adquirir competências que possam facilitar a comunicação, como por exemplo a escuta activa, empatia, capacidade de dar *feedback* e manter uma comunicação assertiva e assim podemos dar respostas às necessidades da família naquele momento.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (NHF'S ALTERADA)	INTERVENÇÕES
<p>- COMER E BEBER</p> <p><u>Relacionada com:</u> Via oral limitada (entubado nasogastricamente) e dejecções diarreicas;</p> <p><u>Manifestado por:</u> Risco de desnutrição;</p>	<p>- Avaliar o conteúdo gástrico (+/-) 4/4h;</p> <p>- Avaliar a glicemia capilar de 4/4h, segundo o protocolo da unidade;</p> <p>- Detectar precocemente sinais de desnutrição (ex. atrofia muscular, desenvolvimento de úlceras de pressão, emagrecimento, alterações da capacidade de resposta imunitária, etc.);</p> <p>- Vigiar o padrão intestinal;</p> <p>- Aumentar o aporte de fibras e hidratação.</p>

AVALIAÇÃO:

- Doente mantém alimentação entérica em perfusão contínua a 63^{cc}/h, segundo protocolo da unidade. Foi avaliado se manifesta estase gástrica, apresenta algum conteúdo;

- Avaliada glicemia capilar segundo protocolo do serviço, mantém glicemias elevadas (240-270mg/dl). Foi comunicado à médica de serviço que deu indicação para

iniciar insulina em perfusão segundo esquema do serviço. Inicia perfusão de insulina (50U) a 2,5^{cc}/h.

- Inicia avaliação de glicemia de 2/2h, para reajuste da perfusão segundo valores do doente;

- Foi discutido com o enf. Luís a pertinência de diminuir o ritmo de perfusão devido à presença de algum conteúdo e de o doente apresentar as glicemias elevadas. Foi diminuído o ritmo de perfusão, fica a 40^{cc}/h;

- Durante o turno o doente apresentou duas dejeções líquidas abundantes. Foi hidratado, comunicado à médica de serviço a alteração do padrão intestinal, inicia leveduras. Fica registado em notas e feita sugestão na passagem de ocorrências de alternar alimentação entérica diabética com GI control[®].

Nos doentes em estado crítico a alimentação é uma necessidade fundamental que deverá ser satisfeita. De acordo com as *guidelines* de nutrição entérica em cuidados intensivos de 2006 a Alimentação Entérica (AE) é a primeira opção no suporte nutricional do doente em estado crítico para neutralizar o estado catabólico induzido pela situação crítica, manter a imunocompetência e integridade do aparelho digestivo, manter a função pancreática e da vesícula biliar, reduzir a colonização bacteriana, promover a profilaxia da infecção e sepsis e deverá ser instituída nas primeiras 24h usando a fórmula proteica standard. A AE é ainda mais fisiológica e económica que a alimentação parentérica. Este tipo de alimentação deverá ser instituída de forma gradual e progressiva até atinge o *gold standard*, avaliando a tolerância do doente à mesma e de acordo com os protocolos instituídos. O aporte energético deverá ser entre 20-25Kcal/Kg de peso corporal na fase aguda e 25-30 Kcal/Kg de peso corporal/dia na fase de recuperação (Kreymann, Berger, Deutz, Hiesmayr, Jolliet, & Kazandjiev, 2006).

“Hiperglicémia é comum durante a doença crítica e tem sido identificado como um factor de risco modificável para o aumento da morbidade e mortalidade no doente crítico” (Bagshaw, Egi, George, & Bellomo, 2009). A European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – ESPEN (2009) refere, também, que a hiperglicémia (glicose > 180 mg/dl) deve ser evitada para prevenir complicações infecciosas e que no doente crítico é um factor que contribui para o aumento da mortalidade.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (NHF'S ALTERADA)	INTERVENÇÕES
<p>- ELIMINAR</p> <p><u>Relacionada com:</u> Insuficiência renal aguda;</p> <p><u>Manifestado por:</u> Alteração da função renal e valor sérico de potássio de 6,6;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar os sinais vitais de base: peso, temperatura, pulso, frequência respiratória e pressão arterial; - Utilizar equipamento de protecção individual, utilizar técnica asséptica para manusear as conexões dos cateteres; - Remoção cuidadosa do penso do cateter, exposição das pontas num campo esterilizado; - Verificar: sinais inflamatórios, hemorragia, exteriorização ou ruptura do cateter; - Efectuar lavagem e desinfectação do local de inserção segundo protocolo da unidade; - Retirar a heparina do lúmen arterial e venoso; - Verificar a permeabilidade do cateter e verificar a operacionalização dos <i>clamps</i>; - Evitar posicionar o cateter em angulação; - Não efectuar movimentos bruscos por risco de exteriorização do cateter - Estabelecer a circulação extracorporal de acordo com a prescrição médica (protocolo de diálise); - Monitorizar hemodinamicamente o doente (avaliação horária dos sinais vitais); - Vigiar sinais de hemorragia; - Despiste precoce de possíveis complicações (ex. hipotermia, hipotensão, alterações da coagulação, etc.).

AVALIAÇÃO:

- Doente a realizar HDFVVC de acordo com a prescrição médica: líquido dialisante com Hemosol 1000 ml/h; líquido de substituição com Hemosol 1000 ml/h; volume bomba de sangue 200 ml/h; UF a remover 100ml/h; Sem heparina;

- Cerca das 10h sistema apresentou coágulos no filtro, devido ao agravamento do estado do doente foi validado com os médicos de serviço se era para manter a técnica dialítica. Estes deram indicação que o doente deveria manter a técnica pelo que o sistema foi trocado,

- Local de inserção do cateter (femural direita) sem sinais inflamatórios, mas apresentava-se um pouco sangrante foi refeito e mantida uma maior vigilância, houve necessidade de uma realizar mais uma vez até ao final do turno;

- Durante o turno manteve-se sempre com tendência para ligeira hipotensão, manteve perfusões de Noradrenalina e Dopamina em perfusão;

- Doente manteve-se em anúria.

A Hemodiafiltração Venovenosa Contínua é um tipo de terapêutica de reposição renal contínua, sendo que estas são habitualmente utilizadas quando existe “*necessidade de remover grandes quantidades de líquidos em doentes com instabilidade hemodinâmica*” (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p. 850), como era o caso do Sr. JC. De acordo com Urden, Stacy, & Lough (2008, p.854) algumas das complicações que podem surgir quando um doente é submetido a este tipo de técnica são, entre outros, a presença de coágulos no filtro e hipotensão.

De uma forma geral e de acordo com Urden, Stacy, & Lough (2008, p.851) na HDFVVC “*aplica-se ao hemofiltro uma forte pressão transmembranária, para empurrar a água através do filtro e aplica-se uma pressão negativa do outro lado, para puxar o líquido através da membrana e produzir grandes volumes de ultrafiltrado, criando assim uma “drenagem de solvente” (...) além disso faz circular o sangue e o dialítico num padrão de contracorrente para remover os líquidos e solutos por difusão*”. Desta forma com a utilização da HDFVVC podemos remover grandes quantidades de fluidos e solutos, uma vez que são utilizados os gradientes de difusão e convexão.

O papel desempenhado pelos enfermeiros na monitorização do doente submetido a técnica dialítica contínua é de extrema importância. Não só porque monitoriza os entrados e eliminados, previne e detecta potenciais complicações, supervisa o

funcionamento do equipamento de forma a que este seja seguro, mas também esclarece o doente/família acerca da sua situação e da necessidade de realização desta técnica (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p.854).

PROBLEMAS IDENTIFICADOS (NHF'S ALTERADA)	INTERVENÇÕES
<p>- EVITAR OS PERIGOS</p> <p><u>Relacionada com:</u> Ventilação mecânica e presença de diversos cateteres;</p> <p><u>Manifestado por:</u> Risco de Infecção;</p>	<p>- Prestar cuidados cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infecção;</p> <p>- Utilizar as medidas de protecção universal adequadas perante determinados agentes microbianos, mediante os conhecimentos das respectivas vias de transmissão;</p> <p>- Realizar correctamente uma lavagem higiénica e asséptica das mãos;</p> <p>- Responsabilidade de supervisão/formação das práticas neste âmbito realizadas pelos outros profissionais, nomeadamente aqueles de nós dependem funcionalmente.</p>

AVALIAÇÃO:

- Durante a prestação de cuidados e na abordagem ao doente foram sempre tidos em conta os aspectos da prevenção e controlo da infecção;

- Pontualmente, foram dadas informações e fundamentações aos assistentes operacionais acerca da importância da prevenção e controlo da infecção assim como do correcto manuseamento de materiais e equipamentos, tendo como objectivo a qualidade dos cuidados prestados.

O doente crítico apresenta um elevado risco de infecção face aos “*múltiplos contextos de actuação, à complexidade de situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*” (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, 2011).

“*A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.*” (Direcção Geral da Saúde - Ministério da Saúde, 2007). A Direcção-Geral da Saúde (2007) refere, citando a OMS que “*um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma IACS*” e que para “*além do aumento substancial da morbilidade dos doentes internados em contexto hospitalar, a IACS constitui-se como uma das maiores causas de morte em todo o mundo*”.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011) o enfermeiro com competências especializadas em cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: “*demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo de infecção; estabelece os procedimentos e recursos requeridos na prevenção e controlo da infecção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica; faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infecção(...)*”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O facto de vivenciarmos determinadas situações, e reflectirmos sobre elas tentando aprofundar os nossos conhecimentos, enriquece-nos enquanto pessoas e profissionais de enfermagem. Também Benner (2001, p.61) refere que a experiência “(...) *não faz só referência à 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*”.

O papel do enfermeiro no estabelecimento da saúde do doente pode ser bastante complexo e como refere Virgínia Henderson (2004) “*a enfermeira tem de aceitar o facto de que a capacidade para avaliar as necessidades dos outros é sempre limitada (...). No entanto, a capacidade de se sentir próxima de um doente é uma característica das melhores enfermeiras. Se estas querem “pôr-se na pele do doente” têm de saber ouvir, têm de ser sensíveis à comunicação não verbal, e encorajar os doentes a expressar os seus sentimentos de todas as formas. Esta análise do significado das palavras, dos silêncios, das expressões e movimentos do doente, é uma constante*”.

Segundo esta autora o ambiente é identificado como os factores externos que podem actuar de forma positiva ou negativa. Neste aspecto, o papel do enfermeiro que cuida do doente crítico é de vital importância, pois este é que vai manipular o ambiente externo do doente para que este esteja o mais confortável possível. Numa UCI o doente fica num estado de dependência total o que pode levar a um grande desconforto emocional mas para além deste desconforto emocional e físico, o doente vê-se submetido a várias fontes de *stress*. O suave zumbido do ventilador, o ruído das “borbulhas” do oxigénio através da água, os alarmes dos monitores, a luz permanente, os profissionais de saúde que estão constantemente a submetê-los a algum tipo de procedimento, o constante mal-estar produzido pelos tubos, pelos pensos e pela dor provocada pelo seu estado físico, a monotonia sensorial, a perda da noção da noite e do dia, assim como a possível perda da noção do tempo, do ciclo do sono e das rotinas da alimentação são algumas dessas fontes de *stress*. Tendo este conhecimento procurei sempre ter em conta estes aspectos de forma a minimizar o desconforto do doente.

As rotinas na prática dos cuidados em UCI são úteis para um maior rendimento e homogeneidade das práticas, mas tem de ser repensadas e adaptadas às situações, aos

doentes. Cada vez mais o enfermeiro deve prestar cuidados especializados direccionados a cada doente, tendo em conta as suas necessidades principalmente no que diz respeito ao doente crítico. Durante a prestação de cuidados de enfermagem temos de ter uma visão holística do doente, vê-lo no seu todo e compreender que ele é mais do que a soma das suas partes, o que é algo que faço sempre.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem perante o doente com dor, o foco do meu projecto, Virgínia Henderson (1978) refere que a dor é essencialmente uma experiencia subjectiva, e que as experiencias subjectivas são o enfoque da enfermagem. Neste sentido, a enfermagem é o grupo profissional que mais se preocupa com o doente com dor (Henderson & Nite, 1978). Comparando com outras profissões, os enfermeiros são o grupo profissional que mais tempo passa com o doente, ajudando-os a ultrapassar os desconfortos inerentes à dor (Henderson & Nite, 1978).

Para mim esta situação de cuidados, transposta para este estudo de caso, foi mais uma oportunidade para adquirir mais conhecimentos e desenvolver mais competências. A realização destas intervenções permitiu-me mobilizar as seguintes competências: prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; gestão da administração de protocolos terapêuticos; gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde; gestão do estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica. Desta forma consegui mobilizar vários conhecimentos acerca da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, tendo realizado um plano de cuidados, a sua execução e posterior avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bagshaw, S., Egi, M., George, C., & Bellomo, R. (2009). Early Blood Glucose Control and Mortality in Critically Ill Patients in Australia. *Crit Care Med* , pp. 463-470.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care* , 13, pp. 288-297.

Código Deontológico dos Enfermeiros. (1998). (*Diário da República - I Série A, N°93 - 21-4-1998 1753-1756*).

Direcção Geral da Saúde - Ministério da Saúde. (Março de 2007). *PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE*. Obtido em 2 de Dezembro de 2011, de Web site da Direcção Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt>

Direcção Geral da Saúde. (14 de Junho de 2003). *A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Obtido em 1 de Julho de 2011, de Web site da Direcção Geral da saúde: <http://myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>

Esteban, A., Alía, I., Gordo, F., Pablo, R. d., Suarez, J., González, G., et al. (2000). Prospective Randomized Trial Comparing Pressure-Controlled Ventilation and Volume-Controlled Ventilation in ARDS. *Chest* , pp. 1690-1696.

Figueiredo, A. R. (2008). *Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda - Tese de Mestrado*. Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.

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.

Kazanowski, M. K., & Lacetti, M. S. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Editora LAB.

Kreymann, K., Berger, M., Deutz, N., Hiesmayr, M., Jolliet, P., & Kazandjiev, G. (2006). Guidelines of Enteral Nutrition: Intensive Care. *Clinical Nutrition*, pp. 210-223.

Marino, P. L. (2007). *The ICU Book*. Lippincott Williams & Wilkins.

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor- Avaliação da Dor, Modalidades de Tratamento, Psicologia do Doente*. Lusociência.

Pereira, M. S. (Fevereiro de 2011). Morte e o Morrer em UCI (Aulas do Mestrado a Pessoa em Situação Crítica - Enfermagem em Cuidados Críticos).

Soares, M. (Outubro - Novembro de 2007). Cuidando da Famílias de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19, pp. 481-484.

Urden, D., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *THELAN's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

ANEXO III – Sessão de formação “Hemorragia subaracnoideia/Aneurismas – Implicações para a prática de enfermagem”

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA/ ANEURISMAS - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Tânia Nobre

Orientadores:
Enf.º Luís Teixeira
Professora Carla Nascimento

Lisboa
24/11/2011



FINALIDADE



Fundamentar a intervenção de enfermagem na hemorragia subaracnoideia/aneurismas, tendo como foco o papel do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família/significativos.

FACTOS RELEVANTES SOBRE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA

É uma das patologias intracranianas mais complexas, com uma alta taxa de morbilidade/mortalidade e, em relação à qual, pouco ou nada se pode fazer no sentido de evitar as suas consequências directas, imediatas (Barbosa citado por Queiroz, 2010).

Os Acidentes Vasculares Cerebrais são actualmente a segunda causa de mortalidade em Portugal (Queiroz, 2010).



HSA por ruptura aneurismática representa cerca de 10% do total dos AVC's (Queiroz, 2010).



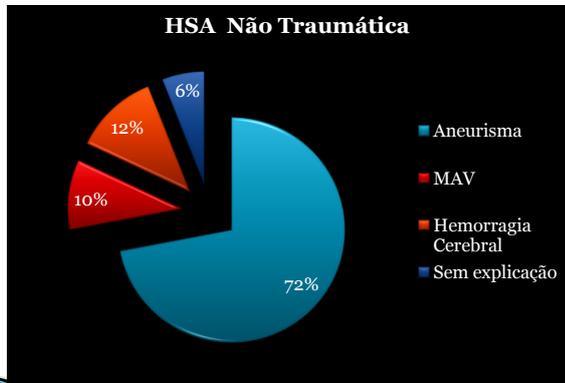
Os doentes com este tipo de patologia ficam, fundamentalmente ao cuidado do enfermeiro por isso, este tem necessariamente de estar familiarizado com a panóplia de procedimentos específicos inerentes a estes doentes, de forma a detectar precocemente os sinais de alerta que indicam o agravamento do seu estado neurológico já que, detectados tardiamente têm quase sempre consequências irreversíveis.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA (HSA) - ETIOLOGIA



Fonte: <http://www.ccmtutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA (HSA) - ETIOLOGIA



Fonte: <http://www.ccmtutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

FACTOS RELEVANTES SOBRE ANEURISMAS

A incidência é maior nas mulheres que nos homens e aumenta com o aumento da idade.

Fonte: <http://www.ccmutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

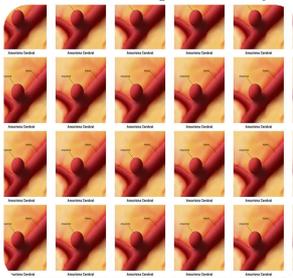
Incidência de HSA por aneurisma torna-se maior com o passar dos anos, sendo mais frequentemente encontrada entre os 40 e 60 anos, com um pico entre os 55 e os 60 anos (Greenberg, 2001).

Parece haver evidência de uma prevalência sazonal, com aumento da incidência durante a Primavera e Outono. (Greenberg, 2001)



ANEURISMAS

A palavra aneurisma deriva da palavra grega *aneurysma* que significa dilatação.



Existe perda de elasticidade da artéria pela destruição total ou parcial da túnica/camada originando a formação de um balão para o exterior do vaso.

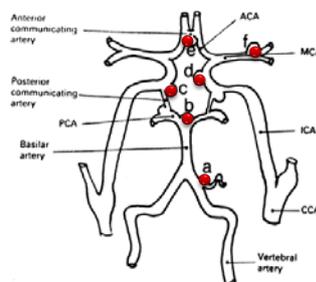
(Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1996)

ANEURISMAS

Existe uma maior tendência a surgir em áreas onde há uma curva na artéria mãe, no ângulo entre esta e um ramo significativo e apontam na direcção que a artéria-mãe teria seguido caso não houvesse uma curva.

(Greenberg, 2001)

Locais mais comuns de aneurismas intracranianos: (a) artéria cerebral posterior inferior, (b) da artéria basilar, (c) artéria comunicante posterior, (d) da artéria carótida interna, (e) artéria comunicante anterior, e (f) bifurcação da artéria cerebral média.



Fonte: <http://www.ccmutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

SINAIS E SINTOMAS

O sinal típico da apresentação clínica HSA é o aparecimento de uma dor de cabeça lacinante.
(Marino, 2007)



Náuseas e vômitos

Alteração do estado neurológico

Sinais neurológicos
ptose palpebral
diminuição de reflexos

“a pior dor de cabeça da minha vida”
(Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1996)

Convulsões

Rigidez da nuca (Sinal de Kernig e Brudzinski)

CLASSIFICAÇÃO DE HUNT E HESS DA HSA

0

• Aneurisma não roto

1

• Assintomático ou leve dor de cabeça, sem rigidez da nuca.

2

• Dor de cabeça moderada a severa, rigidez da nuca, paralisia dos nervos cranianos

3

• Sonolento, confuso, deficit focal leve

4

• Estupor, deficit moderado a severo, rigidez descerebrada

5

• Coma profundo, descerebração, moribundo

Fonte: <http://www.cmtutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

DIAGNÓSTICO



TAC CE

- Primeiro exame a realizar;
- É sensível em 90% dos casos de HSA às 24h;
- A distribuição da HSA pode providenciar informação acerca da localização do aneurisma e do seu prognóstico:
 - hemorragia intraparenquimatosa pode ocorrer nos aneurismas da artéria cerebral média e comunicante posterior;
 - hemorragia intraventricular e inter-hemisférica pode ocorrer nos aneurismas da artéria comunicante anterior;
 - o resultado é pior para o doente quando existe coágulos extensos nas cisternas da base do que quando existe uma hemorragia difusa;

DIAGNÓSTICO

Punção Lombar – realizada quando há uma história sugestiva de HSA e as imagens da TAC são negativas.

Xantocromia – Sinal clássico de HSA

Achados no LCR	HSA
Pressão do LCR	Aumentada
Aspecto do sanguíneos tubos	Mistura uniforme
Coagulação do LCR	Ausente
Xantocromia	Presente nas 1 ^{as} 12 h



ANGIOGRAFIA CEREBRAL

- Providência um diagnóstico definitivo
- Define a origem da hemorragia

TRATAMENTO

OBJECTIVOS

- Reverter os riscos e sequelas provocadas pela hemorragia;
- Evitar ou diminuir o risco de nova hemorragia;
- Prevenir ou tratar complicações tais como: vasoespasmio, nova hemorragia, hidrocefalia, etc.

PODE SER:

- CIRÚRGICO
- ENDOVASCULAR

TRATAMENTO

CIRÚRGICO

Colocar um clipe através do colo do aneurisma de forma a excluí-lo da circulação, sem ocluir os vasos normais.

(Greenberg, 2001)

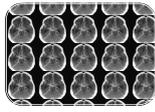


ENDOVASCULAR

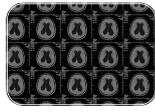
Este processo designação de **Embolização** consiste na colocação de espiras trombogénicas



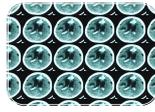
COMPLICAÇÕES



Hemorragia



Hidrocefalia



Vasoespasm



Deficits neurológicos



Hiponatremia



Convulsões

Fonte: <http://www.cemtutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

COMPLICAÇÕES

NOVA HEMORRAGIA

-Ocorre frequentemente durante as primeiras 24h;

-Nas 2 semanas pós HSA 20% dos doentes apresenta nova hemorragia (pode ser devido à lise do coágulo do aneurisma);

-Principal medida preventiva é o controlo da pressão arterial;

Fonte: <http://www.cemtutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

HIDROCEFALIA

-Ocorre em 15 - 20% dos doentes após HSA;

-O sangue que circulou no espaço subaracnoideu e que foi absorvido pelas vilosidades aracnoideias pode obstruir estas vilosidades e reduzir a taxa de absorção do líquido;

-Volumes crescentes de líquido no espaço intracraniano levam a hidrocefalia comunicante.

(Thelan, Davie, Urden, & Lough, 1996)

COMPLICAÇÕES

VASOESPASMO

-Espasmo/estreitamento dos vasos sanguíneos cerebrais, pode provocar isquémia cerebral;

-O pico de incidência ocorre do 4 ao 12 dia pós HSA;

-Fonte provável de vasoespasm é mediadores inflamatórios no sangue subaracnoideu ;

(Marino, 2007)

- Associado à presença de grandes coágulos e p risco aumenta com a idade ;

-Detectado através de exame neurológico, doppler transcraniano, angiografia cerebral;

Fonte: <http://www.cemtutorials.com/Neuro/Subarachnoid%20Hemorrhage.pdf>

COMPLICAÇÕES

HIPONATRÉMIA

-Aparece em 10 a 34% dos doentes nos dias seguintes à hemorragia coincidindo muitas vezes com o vasospasmo;

-Ocorre devido à secreção inadequada da hormona antidiurética, aumentando a excreção de sódio na urina, o que leva na maioria dos casos a uma hipovolémia.

-Detecta-se não só analiticamente mas também pela diminuição de score, pela astenia, convulsões e coma;

CONVULSÕES

-Surge em cerca de 13% dos doentes após HSA;

-Ocorre em 40% daqueles que apresentaram um agravamento do seu estado neurológico;

-Normalmente traduzem o ressurgir da hemorragia.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



- A – Permeabilidade da Via Aérea
- B – Respiração Ventilação
- C – Circulação
- D – Avaliação Neurológica
- E – Exposição
- F – Família
- G – “Giving Confort”

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

-Estes doentes podem ter vias aéreas artificiais (traqueo ou TET) ou estarem em ventilação espontânea os nossos cuidados vão ser dirigidos consoante o tipo de via aérea que temos;

-Verificar nível do TOT e comparar com valor inicial, verificar a pressão do *cuff* do TET;

-Aspiração Secreções é determinada principalmente pela observação visual do acumulação de secreções e pela auscultação pulmonar, para determinar a presença de secreções, aderências no TET e/ou obstrução nas vias aéreas;

-Higiene traqueo-brônquica não deve ser feita por rotina (↑PIC)

-Boa higiene oral (microorganismos da cavidade oral podem interferir negativamente no estado de saúde do doente) ;

-Registo dos parâmetros ventilatórios;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Oxigenação adequada ao doente (O₂ muito ↑ provoca vasoespasmo e ↓ PPC)
- Monitorização rigorosa e completa do doente (pressão arterial directa, PVC, débitos urinários horários, glicémia, balanços hídricos, entre outros);
- Importante conhecer os valores habituais do doente;
- Não podemos ter PASist. <100mmHg (↓PAM = ↓PPC);
- Manter glicémias >100 e <180mg/dL (hiper e hipoglicémia levam a maus resultados neurológicos);
- Vigilância dos débitos urinários (↑ a excreção de sódio na urina devido à secreção inadequada da hormona antidiurética leva na maioria dos casos a uma hipovolémia);
- Balanços hídricos tendencialmente positivos;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Avaliação neurológica (mesmo com doente sedado e analgesiado);
- Avaliação sistemática e controlo da dor;
- Posicionamentos em SOS (para alívio do dor/desconforto ou alívio das zonas de pressão);
- Conforto abdominal (↑Pressão intrabdominal leva a ↑ PIC);
- AE precoce e adequada às necessidades (reforço de proteínas);
- Prevenção precoce da infecção (ex. utilização de medidas de protecção universal);
- Hipotermia terapêutica (↓ resposta sistémica e cerebral);

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Família

- Comunicar com os familiares, informando acerca da situação, respondendo a questões e encaminhando para o médico, quando necessário;
- Manter a privacidade e ambiente calmo;
- Proporcionar tempo de visita, dar informações sobre o equipamento e como abordar o doente.

Muito Obrigada!

BIBLIOGRAFIA

Greenberg, M. S. (2001). *Handbook of Neurosurgery*. Thieme.

Marino, P. L. (2007). *The ICU Book*. Lippincott Williams & Wilkins.

Neligan, P., & Kofke, W. A. (21 de Março de 2005). *CCMTUTORIALS - Subarachnoid hemorrhage*. Obtido em 19 de Novembro de 2011, de Web site da CCMTUTORIALS:

<http://www.ccmutorials.com/neuro/subarachnoid%20hemorrhage.pdf>

Thelan, L. A., Davie, J. K., Urden, L. D., & Lough, M. E. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos - Diagnóstico e Intervenção*. Lusodidacta.



1º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

UCIP – Hospital Egas Moniz, CHLO

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA/ ANEURISMAS - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Tânia Nobre

Orientadores:
Enf.º Luís Teixeira
Professora Carla Nascimento

Lisboa
24/11/2011



**ANEXO IV – Artigo no prelo – “Controlo da dor no doente inconsciente -
revisão sistemática da literatura”**

DECLARAÇÃO

Pela presente vimos informar que o artigo “Controlo da dor no doente inconsciente - revisão sistemática da literatura”, da autoria de Teresa Margarida Lapas Ferreira de Matos, Cláudia Alfarrobinha, Nuno Pedro, Pedro Oliveira e Tânia Nobre, foi aceite para publicação em futuros números da Revista Nursing.

No entanto, a Direcção Científica sugere a revisão do autor sobre a construção gramatical e eventual reformulação de algumas frases, como por exemplo a sublinhada a amarelo (artigo em anexo).

Lisboa, 18 de Outubro de
2011

A coordenadora editorial,

Aida Borges

CONTROLO DA DOR NO DOENTE INCONSCIENTE – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

PAIN CONTROL IN UNCONSCIOUS PATIENTS – A SYSTEMATIC REVIEW

Resumo:

Objectivos: Identificar escalas de avaliação da dor disponíveis para o doente inconsciente internado em UCI e identificar quais os indicadores que são utilizados em cada uma.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura: Em relação ao doente adulto inconsciente internado em UCI (P), que escalas (I) são utilizadas para avaliar a dor (O) e que indicadores as constituem?

Resultados: Identificadas diversas escalas para avaliação da dor do doente inconsciente. Apenas 2, BPS e CPOT, mostraram evidência de validade e confiabilidade. Nenhuma delas foi submetida a validação psicométrica.

Os indicadores são de 2 tipos: comportamentais e fisiológicos.

Conclusões: Não existe ainda uma ferramenta que se possa afirmar como totalmente válida e fidedigna na avaliação da dor no doente adulto inconsciente.

Palavras-Chave: Avaliação da dor, cuidados intensivos, doente inconsciente, adulto, dor, revisão sistemática.

ABSTRACT

Objectives: Identify pain assessment tools available for the unconscious patient admitted to the ICU and identify which indicators are used in each one.

Method: Perform a systematic literature review. In relation to the unconscious adult patient admitted to ICU (P), which scales (I) are used to assess pain (O) and what indicators they use?

Results: It was identified several scales to assess pain in unconscious patient, yet only two tools (CPOT and BPS) showed evidence of validity and reliability, but none of them has been subjected to rigorous psychometric validation.

The indicators used are of two types: behavioral and physiological.

Conclusions: There isn't a tool that can be affirmed as entirely valid and reliable to assess pain in unconscious patient.

Key-words: Pain assessment, intensive care, unconscious patient, adult, pain, systematic review.

INTRODUÇÃO

Tendo em conta a nossa experiência profissional e a evidência científica existente sobre o tema do controlo da dor no doente inconsciente, seleccionámos um problema que considerámos pertinente para estudo: a dificuldade em avaliar a dor no doente inconsciente e a consequente dificuldade em controlar a dor adequadamente.

Segundo Melzack & Wall (1965) citado por Doran (2010) (1) a dor é um fenómeno fisiológico que varia de acordo com o indivíduo e com a experiência individual de cada pessoa, tendo uma importância fundamental para a integridade física da mesma.

Nos doentes críticos a dor é um problema que merece especial atenção, pois constitui um agente *stressor major* associado a uma variedade de sequelas negativas. Por outro lado, a avaliação da dor nos doentes críticos é um processo difícil e complexo uma vez que muitos destes são incapazes de comunicar verbalmente por estarem inconscientes ou sedados. Este tipo de doentes padece de um risco acrescido de inadequado controlo da dor e analgesia. Segundo a literatura consultada, existem escassas ferramentas de avaliação da dor nos doentes adultos inconscientes, muitas delas pouco adequadas e de validade e fiabilidade incertas.

A importância desta temática para a enfermagem prende-se com o facto de os enfermeiros serem profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto com o doente, encontrando-se por isso numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. Tendo em conta as suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro deve ter particular atenção à dor, contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado.

Definimos como objetivos: Identificar, com base na evidência científica, as escalas de avaliação da dor disponíveis para o doente inconsciente internado em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e identificar quais os indicadores utilizados em cada uma delas.

Utilizando a metodologia de revisão sistemática da literatura definimos como questão de investigação em formato PICO: **“Em relação ao doente adulto inconsciente internado em UCI (P), que escalas (I) são utilizadas para avaliar a dor (O) e que indicadores as constituem?”**

Para elaborar esta revisão foi consultada a base de dados EBSCO, nomeadamente as bases *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*.

Dividimos o artigo em 5 capítulos: no primeiro capítulo faremos um enquadramento teórico sucinto da temática escolhida; no segundo iremos clarificar e explicitar a metodologia utilizada; no terceiro procedemos à análise dos artigos; no quarto iremos discutir os resultados obtidos e por fim, no último capítulo realizaremos a conclusão do trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A dor pode ser definida 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”* (International Association for the Study of Pain citado por (2) Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2001).

A dor funciona como um “sinal de alarme”, mas além desta função não apresenta qualquer outra vantagem. Pelo contrário, provoca alterações a nível do sistema imunitário, endócrino e nervoso e pode acarretar sofrimento e redução da qualidade de vida.

Na perspetiva teórica de (3) Virgínia Henderson (1978), a dor pode ser um sinal primário de que algo não está bem com o corpo. A dor pode conduzir-nos à ideia da morte, contudo pode ser de grande valor diagnóstico para algumas patologias. Segundo a mesma autora, no doente inconsciente a avaliação da dor torna-se particularmente difícil e requer maior atenção na avaliação comportamental. Alguns indicadores importantes na avaliação comportamental no doente inconsciente são: inibição da mobilidade gastro-intestinal, aumento das necessidades de consumo de oxigénio, taquipneia, aumento da tensão

muscular, taquicardia, hipertensão, aumento do débito cardíaco e vasoconstrição periférica.

A quantidade e tipo de ajuda que um doente pode requerer de um enfermeiro depende de certas alterações no seu estado, tais como, o facto de estar inconsciente e/ou ter dor (3).

Em Portugal, em 2001, a DGS criou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) que se baseia nos seguintes princípios orientadores: subjectividade da dor, a dor como 5º sinal vital, direito ao controlo da dor, dever do controlo da dor e tratamento diferenciado da dor.

Apesar dos avanços progressivos na compreensão dos mecanismos da dor por parte dos profissionais de saúde, da evolução e crescimento constante das alternativas de tratamento e na divulgação da dor e estratégias para o seu controlo, os doentes continuam a reportar alívio inadequado da dor (1) (Doran, 2010).

Numa UCI, os enfermeiros prestam frequentemente cuidados a pessoas que transitoriamente ou não, estão inconscientes ou sedadas o que as impossibilita de comunicar verbalmente.

Segundo (4) Phipps (1990) “*estar inconsciente implica não haver resposta a estímulos sensitivos – ausência de pensamento e de sentimentos ou emoções*”.

Habitualmente parte-se do pressuposto que os doentes entubados e sedados na UCI não têm perceção da dor durante os procedimentos invasivos. Se esta dor não for controlada adequadamente pode ter consequências, tais como: hábitos de sono desadequados, desorientação, exaustão e possíveis alterações psicológicas. Muitos estudos têm vindo a demonstrar que o controlo da dor nas UCIs é inadequado (5) (Pudas-Tahka *et al*, 2009). Um estudo sugere que tratamento específico para controlo da dor nos procedimentos invasivos ocorre em menos de 25% das vezes (Payen *et al*, 2007 citado por (6) Macintyre PE *et al*, 2010). Segundo a mesma fonte, 57% dos doentes que têm memórias relativas ao internamento na UCI referem desconforto e 12% referem dor aquando da realização dos procedimentos invasivos.

O reconhecimento da existência de dor e a sua avaliação são os passos essenciais para um bom controlo da mesma. Para este efeito têm sido criadas novas escalas de avaliação de dor adaptadas ao doente inconsciente, que se

baseiam sobretudo na observação comportamental e sinais fisiológicos. Uma boa ferramenta de avaliação da dor para o doente inconsciente deve ter instruções bem definidas, ser curta, válida, diferenciar presença de dor/ausência dor e ser sensível a mudanças.

As escalas de avaliação da dor para serem consideradas válidas, sensíveis e fidedignas, necessitam de ser testadas recorrendo a testes psicométricos.

Vários são os estudos que salientam a importância de uma avaliação concreta e objectiva da dor, para que se possa proceder à administração adequada de analgésicos e sedativos de modo a diminuir o desconforto no doente inconsciente em UCI, e à avaliação subsequente da sua eficácia.

Chanques *et al* (2006) citado por (6) Macintyre PE *et al* (2010), refere que o uso de uma avaliação formal para a dor/agitação e subsequente tratamento diminui a incidência da dor (63% vs 42%) e agitação (29% vs 12%) (6). Noutro estudo de Robinson *et al* (2008) citado pelo mesmo autor (6), verificou-se que a utilização de um protocolo formal de analgesia/sedação, levou à diminuição da necessidade de ventilação prolongada e a duração do internamento na UCI, diminuindo também a dosagem de sedativos necessária.

2. METODOLOGIA

As revisões sistemáticas da literatura identificam, de entre um conjunto de estudos publicados, sobre determinado tema, aqueles de qualidade metodológica superior, cujos resultados podem ser reproduzidos na prática (7) (Vilelas, 2009).

A questão PICO deve conter a descrição do problema de investigação, a população, o contexto, a intervenção e os resultados (7) (Vilelas, 2009).

A pergunta de investigação por nós formulada, no formato PI[C]O é: **“Em relação ao doente adulto inconsciente internado em UCI (P), que escalas (I) são utilizadas para avaliar a dor (O) e que indicadores as constituem?”**

Como objectivos principais definimos: Identificar as escalas de avaliação da dor disponíveis para o doente inconsciente internado em UCI e identificar quais os indicadores que essas escalas utilizam para avaliar a dor.

Com o objectivo de reunirmos a evidência científica mais recente para a problemática em estudo consultámos a base de dados EBSCO, nomeadamente as bases *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*. O intervalo temporal por nós seleccionado foi o de 2000 a 2011. Pesquisámos apenas artigos publicados em formato de texto integral (*full text*).

Utilizámos os seguintes descritores ¹ e tivemos em conta a lógica booliana:

1. *Pain assessment OR pain measurement OR pain management*
2. *Critical care OR intensive care OR intensive care unit* OR critically ill patients*
3. *Unconscious OR sedat* OR coma OR nonverbal*
4. *Adult OR middle age**
5. *(pain assessment OR pain measurement OR pain management) AND (critical care OR intensive care OR intensive care unit* OR critically ill patients) AND (unconscious OR sedat* OR coma OR nonverbal) AND (adult or middle age*)*.

Para procedermos à seleção dos artigos, definimos os critérios de inclusão e exclusão que se encontram sistematizados no Quadro 1.

Do processo de pesquisa efetuado nas duas bases de dados, com os descritores seleccionados, obtivemos um total de 118 artigos. Destes 118 artigos, eliminámos 59, por se encontrarem repetidos e mais 50 através da aplicação dos critérios de exclusão e inclusão definidos. Por fim, obtivemos um total de 9 artigos para análise (1 artigo da MEDLINE, 6 artigos da CINAHL e 2 comuns a ambas as bases).

3. ANÁLISE DOS DADOS

Em seguida, apresentamos a síntese da análise dos artigos seleccionados e que foram avaliados segundo o seu nível de evidência. Para esta avaliação utilizámos sete níveis de evidência que se encontram descritos no Quadro 2.

No Quadro 3, é apresentada a atribuição dos níveis de evidência aos artigos seleccionados para análise.

¹ Descritores verificados na base internacional MESH Browser, disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

No Quadro 4 encontra-se a síntese dos artigos selecionados.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os doentes críticos são particularmente vulneráveis à dor, no entanto o controlo da dor nem sempre é considerado uma prioridade para a equipa de cuidados.

Da análise dos artigos que serviram de base à nossa revisão sistemática identificámos as seguintes escalas de avaliação da dor: *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) e *Behavioral Pain Rating Scale* (BPRS).

As escalas referenciadas maioritariamente nos artigos analisados são: a BPS, a NVPS e a CPOT.

Tendo em conta a evidência científica encontrada nos artigos analisados, passamos a descrever e discutir os aspetos relevantes no que se refere a cada uma das escalas referidas anteriormente.

Os Artigo nº8 e o nº9 referem-se exclusivamente à utilização da escala BPS na avaliação da dor no doente adulto inconsciente. O estudo de (14) Aissaiu *et al* (2005), demonstrou a validade da escala BPS e a sua fidedignidade na avaliação da dor em doentes inconscientes sendo possível detetar mudanças no estado clínico e detetar procedimentos dolorosos através da sua utilização. No mesmo estudo é referido que os indicadores comportamentais: movimentos dos membros superiores e expressão facial contribuíram para a avaliação da dor. A *compliance* com o ventilador teve uma contribuição moderada, mas efetiva para a avaliação da dor.

O estudo referido no Artigo nº 9 refere, de igual modo, que a escala BPS é um instrumento válido e confiável para avaliar a dor no doente inconsciente, sedado, sob ventilação mecânica (15) (PAYEN *et al*, 2001). Os autores sugerem ainda que são necessários mais estudos a respeito da utilidade da BPS na tomada de decisões clínicas sobre o uso de analgésicos em unidade de cuidados intensivos (15).

No que respeita aos estudos apresentados nos restantes artigos, relativamente à escala BPS, (9) Cade (2008), reforça a utilidade da escala referindo que esta apresentou boa validade de constructo nos três estudos analisados, concordância aceitável entre observadores e demonstrou ser coerente em cada domínio no que respeita à avaliação da dor. Os indicadores utilizados na escala BPS são apenas comportamentais e baseiam-se na expressão facial, movimentos dos membros superiores e *compliance* (adaptação) com ventilador mecânico.

No que diz respeito à NVPS, quatro estudos fazem referência à sua utilização. Nesta escala, os indicadores fisiológicos pretendem evidenciar a alteração nos sinais vitais e alterações fisiológicas perceptíveis após a aplicação de estímulos dolorosos, como é o caso dos procedimentos invasivos. Os indicadores que constituem a NVPS são comportamentais (expressão facial, atividade/movimentos, e adoção de posição de defesa) e fisiológicos, dividindo-se estes últimos em *fisiológicos I* (alterações nos sinais vitais) e *fisiológicos II* (características da pele, sudorese, tensão muscular e reação pupilar).

(10) Kabes *et al* (2009) referem que os resultados obtidos com a NVPS demonstraram diferenças significativas antes, durante e após o estímulo doloroso. No entanto, o campo referente aos indicadores *fisiológicos II*, não demonstrou alterações significativas (por exemplo, aumento da frequência cardíaca), como seria de esperar durante o estímulo doloroso. Parece que a inclusão dos indicadores fisiológicos não traz evidência significativa na avaliação da dor do doente inconsciente, quer por a sua alteração poder estar relacionada com outros fatores (patologia, medicação, etc...) quer por não evidenciar alterações significativas após a aplicação de estímulos dolorosos.

Pela análise dos artigos, a NVPS parece não ter sido ainda testada e validada, motivo pelo qual não se pode afirmar a sua fiabilidade, sensibilidade e utilidade na prática clínica.

No que se refere à CPOT, cinco estudos dos selecionados fazem referência à sua utilização. Na CPOT são apenas utilizados indicadores comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e *compliance* com ventilador.

Na aplicação de testes psicométricos a esta escala, segundo o estudo de (9) Cade (2008), a CPOT mostrou ter boa validade de constructo e validade de critério moderada, sendo a confiabilidade entre avaliadores aceitável.

Num estudo realizado com o objetivo de descrever as avaliações dos enfermeiros sobre a utilidade clínica da CPOT (Artigo nº5), chegou-se à conclusão que mais de 90% destes consideram as orientações para o uso da CPOT claras, simples de compreender e fáceis de completar; e mais de 70% mencionou que a CPOT foi útil para a sua prática clínica e recomenda o seu uso (GÉLINAS (12), 2010). Os enfermeiros reconheceram também que a CPOT proporciona uma linguagem comum e uniformiza a forma de avaliar a dor (12).

Outra das escalas encontradas sobre esta temática foi a NPAT. Esta escala foi mencionada apenas num estudo (Artigo nº6), mas pareceu-nos ser um instrumento possível e aparentemente válido para a avaliação da dor no doente adulto inconsciente em UCI. Os autores (13) Klein *et al* (2010), no seu estudo, testaram a validade dos critérios da escala e a sua fiabilidade, através da aplicação de testes psicométricos e chegaram à conclusão que esta demonstrou fiabilidade interna forte, fiabilidade moderada a forte entre observadores e validade moderada a forte na sua aplicação. No entanto, mais estudos futuros terão de ser realizados para considerar esta escala realmente válida e aplicável ao seu objetivo.

A NPAT baseia-se somente na avaliação de indicadores comportamentais: emoções, movimentos corporais, expressão facial, posição corporal e/ou defesa. Esta escala não inclui o indicador da *compliance* com o ventilador, o qual foi considerado na maioria dos estudos um aspeto importante na avaliação da dor no doente inconsciente.

No Quadro 5, encontram-se descritas as escalas mais referenciadas nos artigos e os diferentes indicadores que as constituem.

Da leitura dos artigos podemos concluir que não existe ainda uma ferramenta que se possa afirmar como totalmente válida, fidedigna e de referência na avaliação da dor no doente adulto inconsciente. A esta conclusão já tinha chegado (8) Li, Puntillo e Miaskowski (2008) (artigo nº1), na sua revisão sistemática, ao constatar que apenas duas ferramentas objetivas de avaliação da dor (BPS e CPOT) mostraram evidências de pelo menos três formas de

validade e confiabilidade entre avaliadores no entanto, nenhuma destas medidas foi submetida a validação psicométrica rigorosa para serem consideradas como ferramentas sólidas para avaliação da dor em doentes inconscientes internados em UCI. (5) Pudas-Tahka *et al* (2008) reforça esta ideia referindo que *“antes que qualquer uma das ferramentas possa ser preferida em detrimento de outras, é essencial testar a sua validade e confiabilidade e aplicação futura”*.

5. CONCLUSÃO

Os objetivos estipulados para este trabalho foram alcançados, na medida em obtivemos a resposta à pergunta PI[C]O inicialmente formulada. Todos os estudos incluídos nesta revisão tiveram em conta as considerações éticas, daí não nos termos deparado com nenhum dilema ético.

Concluímos que as escalas mais referenciadas na literatura científica recente são: a BPS, a CPOT e a NVPS. Estas escalas têm sido alvo de diversos estudos e tentativas de validação através de testes psicométricos.

A BPS demonstrou ter boa confiabilidade e validade, num grande número de doentes. Se for associada às diretrizes e protocolos estabelecidos para o controlo da dor em UCI, poderá oferecer uma melhoria na atual avaliação fragmentada da dor em doentes inconscientes.

A CPOT também demonstrou resultados promissores, no entanto não foram obtidas provas suficientes da sua confiabilidade e validade que permitam apoiar o seu uso na prática clínica.

Nenhum estudo confirmou a validade da escala NVPS, motivo pelo qual não se pode afirmar a sua fiabilidade, sensibilidade e utilidade na prática clínica.

Os indicadores que constituem estas escalas são essencialmente comportamentais e fisiológicos. Os indicadores fisiológicos parecem não trazer evidência significativa na avaliação da dor do doente inconsciente devido à

especificidade da fisiopatologia de cada doente. Mais estudos terão de ser realizados para investigar a sua utilidade.

Os resultados obtidos através deste tipo de estudos, providenciam informação útil para investigações futuras, que permitam desenvolver e validar ferramentas de avaliação da dor adequadas, válidas, fidedignas e fáceis de utilizar para avaliar a dor nos doentes críticos inconscientes. Na nossa opinião, dificilmente existirá uma escala que se adeque a todos os contextos, pelo que estas deverão ser sensíveis a alterações que melhorem a sua eficácia dentro da especificidade de cada serviço.

Na nossa prática, o facto de termos conhecimentos sobre as escalas que existem e quais os indicadores que utilizam, poderá ajudar-nos a escolher quais as mais adequadas para serem utilizadas nos serviços em que prestamos cuidados.

A avaliação regular da dor resulta na otimização da analgesia e no alívio da dor promovendo o bem-estar e a qualidade de vida de todos os doentes, nomeadamente no doente inconsciente, o que leva a resultados clínicos importantes: diminuição do tempo de necessidade de ventilação mecânica, diminuição no tempo de internamento e por conseguinte diminuição da probabilidade de contrair uma infeção nosocomial.

É necessário investir na formação dos enfermeiros e de toda a equipa interdisciplinar, no que respeita a esta problemática, devendo estes estar despertos para reconhecer comportamentos significativos de dor e proceder a uma correta avaliação e controlo da mesma.

A utilização de escalas de avaliação da dor válidas e confiáveis, associada à aplicação de protocolos para tratamento e controlo da dor nas UCI's, deverá ser implementada de forma a garantir um controlo da dor de qualidade, a cada doente.

Com este estudo pretendemos contribuir para uma maior valorização da dor no doente inconsciente, por parte dos enfermeiros, e alertar estes profissionais para a importância do adequado controlo da mesma. Esperamos que este artigo seja útil, pois reúne evidência científica recente sobre escalas existentes para avaliação da dor no doente inconsciente, que embora não estejam totalmente validadas poderão ser percussoras de uma ferramenta que possa

vir a ser considerada como “*golden standard*” para a avaliação da dor no doente inconsciente incapaz de realizar a sua autoavaliação da dor.

Enquanto enfermeiros a nossa sugestão para a investigação futura incide sobre a importância das estratégias não-farmacológicas/intervenções autónomas de enfermagem no alívio da dor (aromaterapia, musicoterapia, massagens e técnicas de relaxamento, aplicação de calor e frio, entre outras) e da sua influência na gestão adequada de analgésicos.

BIBLIOGRAFIA

1. **Doran, Diane M.** *Nursing Outcomes: The state of the science*. s.l. : Jones & Barllet Learning, 2010. 0763783250 - 9780763783259.

2. **DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE e ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA DOR.** *Plano Nacional de Controlo da Dor*. s.l. : DGS, 2001. 972-9425-95-7.

3. **Henderson, Virginia e Nite, Gladys.** *Principles and Practice of Nursing*. Nova York : Macmillan Publishing CO., INC, 1978. 0-02-353580-6.

4. **Phipps, Wilma J et al.** *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. Loures : Lusociência, 1999. 972-8383-65-7.

5. **Pudas-Tahkas, et al.** Pain Assessment Tools for Unconscious or Sedated Intensive Care Patients: a Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009.

6. **Macintyre PE, et al: SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine.** *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Melbourne : ANZCA & FPM, 2010.

7. **Vilelas, José.** *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa : Edições Silabo, 2009. 9789726185574.

8. **Li, Denise, Puntillo, Kathleen e Miaskawsk, Christine.** A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self report. *The Journal of Pain*. 2008, Vol. 9.

9. **Cade, Clare H.** Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*. 2008, Vol. 13.

10. **Kabes, Anne Marie, et al.** Further Validation of the Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*. 29, 2009.
11. **Gélinas, Céline, Fillion, Lise e Puntillo, Kathleen A.** Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, Vol. 65.
12. **Gélinas, Céline.** Nurses's evaluations of the feasibility and the clinical utility of the Critical-Care Pain Observation Tool. *Pain management nursing*. 2010, Vol. 11.
13. **Klein, Deborah G. et al.** Pain assessment in the Intensive Care Unit: Development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool. *Heart & Lung*. 2010, Vol. 39.
14. **Aissaoui, Younès et al.** Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill, Sedated and Mechanically Ventilated Patients. *Anesth Analg*. 2005, Vol. 101.
15. **Payen, Jean-François et al.** Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*. 2001, Vol. 29.

Quadro 1 – Critérios de inclusão/exclusão dos artigos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Doentes adultos (≥ 18 anos) de ambos os sexos, inconscientes e/ou sedados, internados em UCI	Doentes com idade $<a 18$ anos; doentes conscientes; doentes não internados em UCI
Intervenção	Estudos que descrevam a utilização de escalas de avaliação da dor em doentes adultos inconscientes e/ou sedados internados em UCI	Estudos que não façam referência à utilização de escalas de avaliação da dor em doentes adultos inconscientes e/ou sedados internados em UCI
Desenho dos estudos	Estudos de investigação de abordagem qualitativa ou quantitativa, revisões sistemáticas da literatura.	Todos os estudos que não utilizem metodologia científica.
Outros critérios	Artigos disponíveis em <i>full text</i> , nas bases de dados consultadas.	Artigos não disponíveis em <i>full text</i> , nas bases de dados consultadas.

Quadro 2 – Classificação em numeração romana dos níveis de evidência baseada na hierarquia

Níveis	Descrição
I	Revisões sistemáticas e metanálise de estudos experimentais
II	Estudos prospectivos, controlados, experimentais e aleatórios
III	Estudos de intervenção, quase experimentais, não aleatórios
IV	Estudos não experimentais, estudos de casos-controle, estudos transversais
V	Revisão da literatura narrativa com estudos descritivos e estudos qualitativos
VI	Estudos descritivos e estudos qualitativos
VII	Opiniões e convicções de autoridades e peritos

Fonte: Davies; Crombie, 2003 e Melnyck e Fineout-Overholt, 2004 citado por VILELAS, 2009.

Quadro 3 – Níveis de evidência dos artigos

Nível de Evidência	Nº do Artigo	Tipo de Estudo
I	1 2 7	Revisões sistemáticas
II	8 9	Estudos Prospectivos
IV	3	Estudo não-experimental
V	4 6	Estudo qualitativo e quantitativo; Revisão narrativa, estudo qualitativo;
VI	5	Estudo descritivo

Quadro 4 – Síntese dos Artigos Seleccionados

Título	Autor, Ano e Publicação	Resultados
<i>Artigo 1: A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report</i> (8)	Li D; Puntillo K; Miaskowski C. Journal of Pain (J PAIN), 2008 Jan; 9(1): 2-10 (44 ref)	Apenas duas ferramentas objectivas de avaliação da dor (BPS e CPOT) mostraram evidências de pelo menos três formas de validade e confiabilidade entre avaliadores. No entanto, nenhuma destas medidas foi submetida a validação psicométrica rigorosa.
<i>Artigo 2: Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults</i> (9)	Cade, CH Nursing In Critical Care [Nurs Crit Care] 2008 Nov-Dec; Vol. 13 (6), pp. 288-97	BPS - Apresentou boa validade de constructo nos três estudos analisados. Também demonstrou concordância aceitável entre observadores. Demonstrou ser coerente em cada domínio no que respeita à avaliação da dor. CPOT - Mostrou ter boa validade de constructo e validade de critério moderada. A confiabilidade entre avaliadores foi aceitável. A consistência interna não foi avaliada e nenhum trabalho de análise factorial foi relatado para confirmar a sua estrutura de domínio. NVPS - A validade de constructo não foi testada, e a validade de critério foi testada contra uma ferramenta que não pode ser considerada “golden standard”.
<i>Artigo 3: Further Validation of the Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients</i> (10)	Anne Marie Kabes, Janet K. Graves, Joan Norris. Critical Care Nurse, 2009, 29:59-66	Testar a <i>Nonverbal Pain Scale</i> (NVPS) comparando a validade e fidedignidade da versão original (expressão facial, actividade, alterações nos sinais vitais – fisiológico I – e outros sinais fisiológicos – fisiológico II) e da versão revista (categoria respiratória substitui a anterior fisiológica II, e inclui frequência respiratória, saturação de oxigénio avaliada por oximetria de pulso e <i>compliance</i> com o ventilador). Os indicadores fisiológicos II não aumentaram significativamente como seria de esperar durante o procedimento doloroso. Considera-se assim a escala revista mais adequada que a escala original.
<i>Artigo 4: Item selection and content validity of the Critical-Care Pain Observation Tool for non-verbal adults</i> (11)	Céline Gélinas; Lise Fillion; Kathleen A. Puntillo Journal of Advanced Nursing, 2008, 65(1), 203-216	Indicadores comportamentais receberam mais críticas que suporte, apenas 4 indicadores comportamentais têm índices de validade > 0.80 e foram incluídos na <i>Critical-Care Pain Observation Tool</i> : expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e <i>compliance</i> com o ventilador.
<i>Artigo 5: Nurses’ Evaluations of the Feasibility and the Clinical Utility of the Critical-Care Pain Observation Tool</i> (12)	Céline Gélinas. Pain Management Nursing, Vol 11, No 2 (June), 2010: pp 115-125	Mais de 90% dos enfermeiros referem que as orientações para o uso da CPOT são claros, simples de compreender e fáceis de completar. Mais de 70% mencionou que a CPOT foi útil para a sua prática clínica e recomenda o seu uso. Reconhecem que proporciona uma linguagem comum e uniformiza a forma de avaliar a dor. Por outro lado, 6 enfermeiros referiram que já estavam sensibilizados para a dor no doente inconsciente antes da introdução da CPOT.
<i>Artigo 6: Pain assessment in the intensive care unit: Development and psychometric testing of the nonverbal pain assessment tool</i> (13)	Deborah G. Klein, MSN, RN, APRN-BC, CCRN,a Michelle Dumpe, PhD, MS, RN,b Ethan Katz, MSc and James Bena, MSc. Heart & Lung: The Journal Of Critical Care [Heart Lung] ,2010, Nov-Dec; Vol. 39 (6),	A escala da avaliação da dor <i>Nonverbal pain assessment tool</i> (NPAT) é uma escala comportamental que foi desenvolvida para a avaliação do doente adulto não comunicativo numa UCI. Foi também avaliado o seu conteúdo e foram validados os seus critérios e a sua fiabilidade.

	pp. 521-8.	
Artigo 7: Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review (5)	Sanna – Mari Pudas-Tahka, Anna Axelin, Riku Aantaa, Vesa Lund & Sanna Salanterä Journal of Advanced Nursing (2008) 65 (5), 946-956.	Foram identificadas 5 ferramentas para avaliação da dor no doente inconsciente ou sedado em cuidados intensivos: <i>Behaviour Pain Scale (BPS)</i> , <i>Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)</i> , <i>Nonverbal Adult Pain Assessment Scale (NVPS)</i> , <i>Pain Assessment and Intervention Notation Algorithm (P.A.I.N.)</i> e <i>Pain Assessment Algorithm</i> . A totalidade dos 5 instrumentos incluem indicadores comportamentais e 3 incluem indicadores fisiológicos. As suas propriedades psicométricas variam, não sendo possível deduzir a sua utilidade clínica.
Artigo 8: Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill, Sedated, and Mechanically Ventilated Patients (14)	Younès Aissaoui, Amine Ali Zeggwagh, Aicha Zekraoui, Khalid Abidi, Redouane Abouqal Anesth Analg, 101:1470-6 (2005)	O estudo demonstrou a validade da escala BPS e a sua fidedignidade na avaliação da dor em doentes inconscientes sendo possível detectar mudanças no estado clínico e detectar procedimentos dolorosos através da sua utilização. Os indicadores: movimentos dos membros superiores e expressão facial contribuíram para a avaliação da dor. A <i>compliance</i> com o ventilador teve uma contribuição moderada, mas efectiva para a avaliação da dor. Isto talvez se deva a alguns factores não relacionados com a dor, como a hipoxémia, broncospasmo, tosse e alguma “luta” com o ventilador.
Artigo 9: Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale (15)	Payen J; Bru O; Bosson J; Lagrasta A; Novel E; Deschaux I; Lavagne P; Jacquot C. Critical Care Medicine (CRIT CARE MED), 2001 Dec; 29(12): 2258-63 (19 ref)	Conclui-se que a escala BPS é um instrumento válido e confiável para avaliar a dor no doente inconsciente, sedado, sob ventilação mecânica. São necessários mais estudos a respeito da utilidade do BPS na tomada de decisões clínicas sobre o uso de analgésicos em unidade de cuidados intensivos.

Quadro 5 – Escalas de Avaliação da Dor identificadas e os seus indicadores

Escalas de avaliação da Dor	Indicadores
<p><i>Behavior Pain Scale</i> (BPS)</p>	<p>Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressão facial; - Movimentos dos membros superiores; - <i>Compliance</i> com ventilador.
<p><i>Nonverbal Pain Scale</i> (NVPS)</p>	<p>Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressão facial; - Actividade/movimentos; - Posição de defesa; <p>E fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisiológicos 1 (alterações de sinais vitais); - Fisiológicos 2 (outros sinais fisiológicos)
<p><i>Nonverbal Pain Assessment Tool</i> (NPAT)</p>	<p>Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emoção; - Movimentos corporais; - Expressão facial; - Posição corporal e/ou de defesa;
<p><i>Critical Care Pain Observation Tool</i> (CPOT)</p>	<p>Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expressão facial; - Movimentos corporais; - Tensão muscular; - <i>Compliance</i> com ventilador.

ANEXO V – Reflexão crítica



**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

REFLEXÃO CRÍTICA

TÂNIA ISABEL ALVES NOBRE, Nº 3718

LISBOA,
JANEIRO, 2012

SUMÁRIO

	p.
INTRODUÇÃO.....	3
1. REFLEXÃO CRÍTICA.....	4
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	7

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório integrada no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização a Pessoa em Situação Crítica foi proposto a elaboração de uma reflexão crítica.

A formação em enfermagem pressupõe um processo reflexivo, com o objectivo principal de aumentar competências e desta forma melhorar a prática dos cuidados. A aquisição de competências é feita ao longo do tempo, através das nossas vivências diárias, da prática, do cuidar para que se possa assumir com perícia as funções a desempenhar.

Nos últimos anos, o desenvolvimento tecnológico possibilitou que os cuidados prestados ao doente crítico se tivessem tornado mais complexos e sofisticados. A importância das unidades de cuidados intensivos nos dias de hoje é, sem dúvida, indiscutível, todavia, e como evidenciam Wenham, & Pittard, (2009), este contexto constitui um ambiente potencialmente hostil para o doente crítico. Neste tipo de ambiente, em que abundam tratamentos complexos, cuidados mais agressivos e situações de suporte de vida imediato surgem muitas vezes questões que exigem decisões éticas.

Nunca é demais o investimento numa vida, mas não nos podemos deixar de questionar até que ponto é que o progresso tecnológico e os avanços da medicina podem interferir com o curso normal da vida.

1.DESENVOLVIMENTO

Segundo Benner (2002), o doente crítico é um doente que pode facilmente ser afectado pelo medo, stress, fadiga e falta de medidas de conforto e que, devido ao ambiente altamente técnico de uma unidade de cuidados intensivos, está num ambiente em que impera o sentido de urgência para o tratamento médico. As especificidades deste ambiente aliadas a gravidade destes doentes levam, muitas das vezes, à prestação de cuidados baseados no modelo biomédico. No entanto, pelo que pude observar neste estágio e constato na minha prática de cuidados há, também, uma grande preocupação na equipa de enfermagem de não negligenciar a parte humana nos cuidados.

“Se é inegável que muitas das situações clínicas presentes nas UCI são recuperáveis, com uma qualidade de vida aceitável para a maioria das pessoas, também é verdade que os conhecimentos e experiência adquirida apontam por vezes para uma dilação artificial da vida” (Marques & Vieira, 2007). Mesmo assim e apesar de o tratamento muitas vezes parecer fútil os enfermeiros mantêm o mesmo nível de cuidados ao doente numa tentativa de aliviar o sofrimento, promover o conforto, para que este possa ter alguma dignidade e qualidade de vida.

Quando a terapêutica e/ou tratamento atinge o seu resultado previsível e os efeitos desejados é por definição eficaz. Mas num doente que se encontra numa fase mais crítica e por vezes terminal o mais importante é perceber se há benefício para o doente, pois se o efeito previsto e desejado não resulta em benefício é inútil. A futilidade médica pode ser definida como *“qualquer esforço para atingir um resultado possível mas que o raciocínio ou a experiencia sugerem altamente improvável”* (Urden, Stacy, & Lough, 2008, p.18).

Foram várias as situações que me “marcaram” neste estágio, mas no que diz respeito a este contexto houve uma em especial o caso do Sr. M., um doente cujo diagnóstico era síndrome hepato-renal, que foi transferido para esta unidade devido ao agravamento do seu estado com necessidade de iniciar técnica de substituição renal. Foram realizadas várias técnicas mais agressivas e invasivas na tentativa de tratar este doente, mas o resultado era sempre o regresso ao estado anterior mas acompanhado quase sempre de uma degradação do seu estado geral.

Em poucos turnos o doente, para mim ficou irreconhecível, este passou de colaborante e dado à brincadeira para confuso, agitado, desorientado, chegando mesmo a ser agressivo para com a equipa de saúde. Aliado a esta alteração a degradação física era evidente, com saída de líquido intersticial por todos os locais de punção, tentativas e colocação de cateter venoso central, linha arterial e cateter de hemodiálise. Analisando a evolução do doente e mau prognóstico normalmente associado a esta patologia, em conjunto com a Enf. R. fomos falando e discutindo acerca da insistência da parte médica em continuar a realizar procedimentos que não traduziam nenhuma melhora. Parecia-nos que o melhor seria proporcionar a este doente algum conforto e qualidade de vida.

Num dos turnos tivemos oportunidade de falar com um dos médicos de serviço e tentar perceber qual era o plano de actuação delineado pela parte médica e aproveitamos para expor as nossas impressões, a nossa avaliação da situação. O doente pelas técnicas que se encontrava a realizar, pelas imobilizações, pelos pensos, pelo aumento do volume abdominal (ascite) parecia-nos desconfortável e por vezes apresentava mesmo fácies de dor, principalmente quando tinha de ser mobilizado. O doente acabou por iniciar perfusão de morfina.

Da forma como deixamos o doente pensei que não o iria encontrar, mas estava enganada. Este ficou muito diferente, não necessitava de imobilizações, não estava agressivo mas sim colaborante, tinha voltado a ser ele. O facto de termos uma equipa interdisciplinar sensibilizada para as necessidades dos doentes pode fazer a diferença para conseguir cuidar e proporcionar dignidade numa situação de final de vida.

Não é fácil assumir que não há mais nada que se possa fazer, é algo que gera sempre um grande sentimento de impotência em quem cuida, mas o facto de o aceitarmos, de compreender que se insistirmos não traremos nenhum benefício ao doente pode ser o primeiro passo para que, quando falamos de cuidados intensivos, estejamos a falar não só de novas tecnologias e tratamentos mas, acima de tudo, de conforto e dignidade humana.

Numa época em que tanto se fala em qualidade de vida e melhoria dos cuidados será lícito continuar a prolongar sofrimento do doente e da família ou prolongar a vida a qualquer custo. É preciso reflectir criticamente sobre as acções que são tomadas e a importância do papel que podemos desempenhar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de saúde estão a sofrer alterações, vivemos numa época em que o custo começa a ter um papel preponderante, no que diz respeito aos serviços de saúde. O que é algo que tem sido alvo de discussão e é cada vez mais evidente para todos os profissionais. Na tomada de decisão em saúde existem, cada vez mais, factores não só de cariz técnica, científica e ética a ponderar.

Sendo o enfermeiro, um dos elementos da equipa de saúde que mais directamente se relaciona com o doente e família, tem um papel fundamental no relacionamento entre estes. É também este, pela sua proximidade, que está mais desperto para as necessidades do doente, cabendo-lhe dignificar e preservar o respeito pelo mesmo. Mais uma vez aos enfermeiros cabe um papel de extrema importância. Num ambiente de grande dependência tecnológica e onde ainda, muitas das vezes, impera o modelo biomédico compete-nos assegurar a humanização dos cuidados. *“Assegurando, na sua prática, a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia profissional pode garantir-se cuidados de qualidade”* (Mendes, 2009).

Ao reflectirmos sobre as nossas atitudes na acção, sobre a acção e para lá de acção, ajuda-nos a dar maior importância ao problema por nós identificado. Há um caminho a percorrer assente numa lógica no qual os diversos saberes interpessoais, interprofissionais se cruzam com vista ao desenvolvimento de estratégias para resolução de problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2002). Caring for the Silent Patient. *American Journal of Critical Care* , pp. 480-481.

Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem, vol. 18, pp. 165-169.

Urden, D., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *THELAN's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

**ANEXO VI – Questionário “Cuidar do doente crítico com dor através de
medidas não farmacológicas” na UCIP/SMI**



1º Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização a Pessoa em Situação crítica

Questionário

No âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica, situo o meu investimento na área da avaliação, gestão e controlo da dor da pessoa em situação crítica. Em função disso, este instrumento tem como objectivo conhecer a opinião dos enfermeiros que prestam cuidados ao doente crítico com dor na UCI sobre este tema.

Deste modo, solicito e agradeço a sua disponibilidade para responder a este instrumento, garantindo a confidencialidade da informação nele obtida.

Lisboa, Janeiro de 2012

Tânia Nobre

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

1.1. GÊNERO

Feminino

Masculino

1.2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

< 1 Ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

De 11 a 20

>20 anos

1.3. TEMPO DE SERVIÇO NO SMI – UCIP – HPV

< 1 Ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

De 11 a 20

>20 anos

2. O ENFERMEIRO E O CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO COM DOR ATRAVÉS DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

2.1 – Ao analisar a sua prática de cuidados, a que elementos considera dar maior importância na avaliação e tratamento da dor?

2.2 – Especificamente quanto ao tratamento da dor nos doentes internados, o que pensa sobre a utilização das medidas farmacológicas e não farmacológicas na gestão e controlo da dor?

2.3 – Quais as medidas não farmacológicas que conhece?

2.4 – Das indicadas quais são as que mais utiliza?

2.5 – Qual a razão que o levam a optar por essas medidas não farmacológicas em detrimento das outras?

2.6 – Do que faz, na sua abordagem à gestão e controlo da dor, como e onde aprendeu a fazer-lo?

ANEXO VII – Sessão de formação “Cuidar do doente crítico com dor através de medidas não farmacológicas” na UCIP/SMI

FORMAÇÃO

“CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO ATRAVÉS DAS MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS”

LOCAL: SMI-UCIP-HPV

DATA: 13 JANEIRO 2012

HORA: 15H30

FORMADOR: Tânia Nobre (Aluna do Mestrado a Pessoa em Situação Crítica)

OBJECTIVOS:

- Dar a conhecer os resultados dos questionários aplicados;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da implementação destas medidas na prática de cuidados;

CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO COM DOR ATRAVÉS DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS



Tânia Nobre
Prof.ª Carla Nascimento
Enf.ª Orientadora: Rita Marques

Lisboa
13/01/2012

FINALIDADE



- Dar a conhecer os resultados dos questionários aplicados na unidade (SMI-UCIP-HPV);

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da implementação destas medidas na prática de cuidados no doente crítico;

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

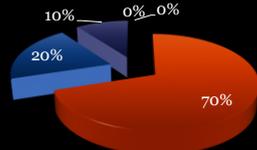
Género

■ Masculino ■ Feminino

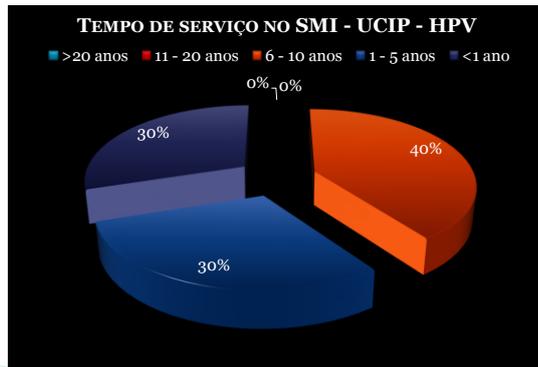


EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

■ <1 ano ■ 1 - 5 anos ■ 6 - 10 anos ■ 11 - 20 anos ■ >20 anos



CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS



APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS	INDICADORES
Gestão e Controlo da Dor na Pessoa em Situação Crítica	Caracterização da Dor	Local e intensidade
		Factores de alívio e agravamento
	Instrumentos significativos na avaliação	Expressão oral da pessoa
		Expressão não verbal
		Escalas
		Dados relevantes do doente
	Estratégias preferencialmente utilizadas	Medidas farmacológicas
		Massagem e posicionamentos
	Estratégias de segunda linha	Medidas não farmacológicas
	Fontes de conhecimento	Formação inicial
		Formação contínua na área
		Experiência Profissional
		Pesquisa bibliográfica

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para avaliar a dor no doente crítico, primeiramente é importante uma correcta e completa caracterização da dor.

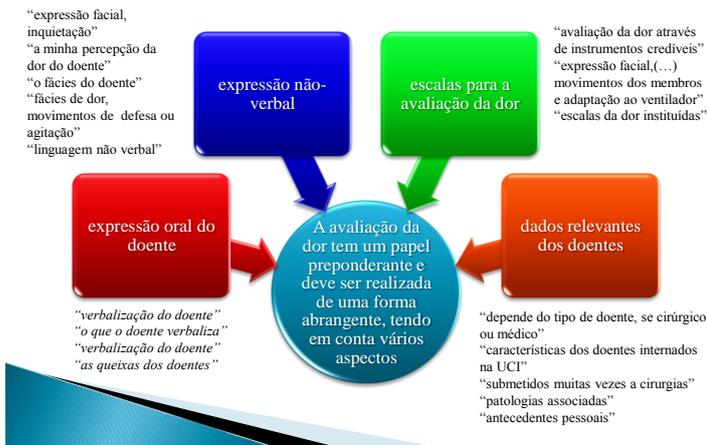
Local e intensidade

"local e intensidade da dor (...)"
"localização e dimensão"
"no doente cirúrgico aspectos relacionados com a intervenção"
"o tipo de ferida"

Factores de alívio e agravamento

"existência de terapêutica prescrita"
"factores de alívio ou agravamento"
"o controlo da dor contribui para a estabilidade hemodinâmica do doente e (...) para o seu bem estar"
"doente bem analgésiado, sem dor fica mais calmo, ajuda na estabilidade hemodinâmica"
"tentar minimizar o desconforto (evitar movimentos bruscos)"

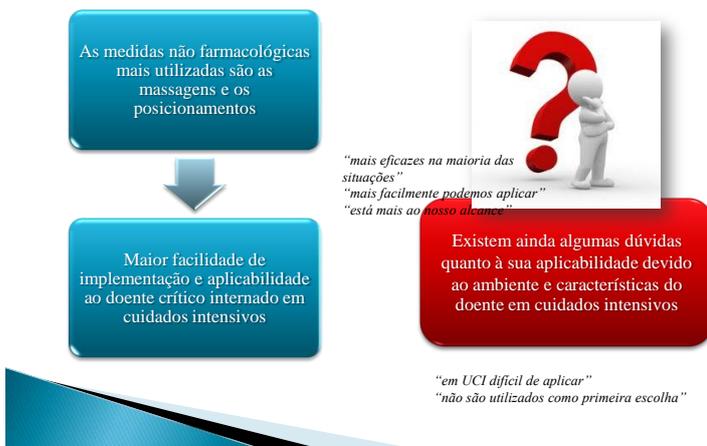
ANÁLISE DOS RESULTADOS



ANÁLISE DOS RESULTADOS



ANÁLISE DOS RESULTADOS



ANÁLISE DOS RESULTADOS

"pesquisas"
"na pesquisa bibliográfica"

Embora muitos dos conhecimentos que temos provenham da formação base, os enfermeiros referiram que a formação continua e a experiência profissional desempenham um papel muito importante na aquisição de conhecimentos e desenvolvimentos de competências

"aprendi com colegas, através de observação
e troca de experiências"
"no contexto da prática profissional"

"com formação formal em cursos extra-hospitalares"
"curso de cuidados paliativos (...) centro de formação do hospital"
"cursos de formação"
"formação pós-graduada"



"curso de licenciatura de enfermagem"
"aprendi no curso base"

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS



São intervenções que complementam ou são um suplemento para a medicação e outros tratamentos que são utilizados nas unidades de cuidados intensivos.

(Chlan, 2002)

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- ✓Toque
- ✓Massagem
- ✓Aplicação de calor ou frio
- ✓Alternância de Decúbitos/Posicionamentos
- ✓Exercício
- ✓Estimulação eléctrica transcutânea (TENS)



- ✓Relaxamento
- ✓Musicoterapia
- ✓Imaginação guiada
- ✓Toque terapêutico
- ✓Reiki
- ✓Acupuntura
- ✓Aromoterapia

ESTRATÉGIAS...

"Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica"

Dadas as características dos doentes internados nesta unidade...

"seleccionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível"

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

As medidas não farmacológicas não são drogas e não se pretende que sejam utilizadas em vez das medidas farmacológicas mas sim como um complemento aos tratamentos *standard* dos cuidados intensivos.

(Chlan, 2002)

Através da integração das intervenções não farmacológicas na nossa prática podemos humanizar o nosso cuidar.

(Chlan, 2002)



Não podemos utilizar as medidas não farmacológicas todas da mesma forma, é extremamente importante adequá-las a cada um dos doentes.

(Chlan, 2002)

A dor é uma das áreas que podemos e devemos intervir de forma autónoma, para isso temos de desenvolver, também, estratégias e competências na área das medidas não-farmacológicas para o alívio da dor.

Se estas medidas forem aplicadas de forma adequada, podem ter alguma influência na gestão adequada de analgésicos

Intervenções não farmacológicas são importantes como forma de complementar as medidas e tratamentos realizadas em contexto de cuidados intensivos



“Enfermagem é algo que se faz com a cabeça, o coração e as mãos.”
Obrigado! Virgínia Henderson



BIBLIOGRAFIA

Chlan, L. (Janeiro de 2002). Integrating Nonpharmacological, Adjunctive Interventions Into Critical Care: A Means To Humanize Care? *American Journal of Critical Care*, 11, p. 14-16.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros ISBN: 978-972-99646-9-5.

Tracy, M. F., & Chlan, L. (3 de Junho de 2011). Nonpharmacological Interventions to Manage Common Symptoms in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Critical Care Nurse*, pp. 19-28

Kazanowski, M. K., & Lacetti, M. S. (2005). *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Editora LAB



1º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

SMI-UCIP – Hospital Pulido Valente, CHLN

**CUIDAR DO DOENTE CRÍTICO COM DOR
ATRAVÉS DE MEDIDAS NÃO
FARMACOLÓGICAS**



Tânia Nobre
Prof^ª Carla Nascimento
Enf.^ª Orientadora: Rita Marques

Lisboa
13/01/2012

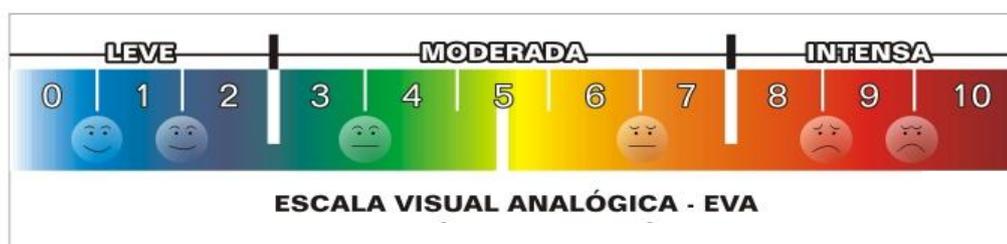
ANEXO VIII – Folha de registos de enfermagem na UCIP/ SMI

**ANEXO IX – Folha de registos de enfermagem de escalas de avaliação
da dor na UCIP/SMI**

AVALIAÇÃO DA DOR

Escala Comportamental da Dor – *Behavioral Pain Scale (BPS)*

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
Desadaptado/Bloqueio ventilatório frequente	3



Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

Score	Termo	Descrição
+4	Agressivo	Violento, agressivo, perigoso para a equipa;
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, tenta levantar-se e remover tubos e/ou cateteres;
+2	Agitado	Movimentos descoordenação frequentes, dessincronização ventilatória;
+1	Inquieto	Ansioso, apreensivo mas sem movimentos vigorosos ou agressivos;
0	Calmo e alerta	
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, acorda ao estímulo verbal, mantém olhos abertos > 10 segundos;
-2	Sedação ligeira	Desperta por períodos, ao estímulo verbal mantém contacto visual 10 segundos;
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao estímulo verbal, mas não segue com o olhar;
-4	Sedação profunda	Não responde a estímulos verbais, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física;
-5	Sem resposta	Não responde a estímulos verbais e físicos.

ANEXO X – Sessão de formação “Avaliação e Registo da Dor no doente crítico” na UCI-NC

AValiação DA DOR NO DOENTE CRÍTICO

Tânia Nobre



Lisboa
22/02/2012

FINALIDADE



- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação sistemática da dor, na prática de cuidados;
- Contribuir para a uniformização da avaliação da dor no serviço NC1 – UCI;

DOR NO DOENTE CRÍTICO

Dor

é uma experiência muito pessoal e subjectiva, em que os *“factores fisiológicos, sensoriais, afectivos e cognitivos, comportamentais e socioculturais intervêm e contribuem para a sua subjectividade”*.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 11)

“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”.

International Association for the Study of Pain

DOR NO DOENTE CRÍTICO

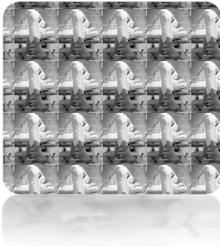
É um fenómeno fisiológico que varia de acordo com o indivíduo e com a experiência individual de cada pessoa, tendo uma importância fundamental para a integridade física da mesma.

(Melzack & Wall, 1965, citado por Doran, 2010)



Nos doentes críticos é um problema que merece especial atenção, pois constitui um agente *stressor* associado a uma variedade de sequelas negativas.

DOR NO DOENTE CRÍTICO



Doenças pré-existent

Trauma

Monitorização

Dispositivos terapêuticos (como cateteres, drenos, dispositivos de ventilação não-invasiva e tubos endotraqueais)

Cuidados de enfermagem de rotina (como aspiração de secreções, troca de pensos e mobilização do doente)

Imobilidade prolongada

(Jacobi, Fraser, Coursin, Riker, Fontaine, *et al*, 2002)

PAPEL DO ENFERMEIRO



“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”

(DGS, 2003)

“ perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de prestar cuidados que a elimine ou diminua de intensidade, sempre que o cuidado apropriado implique prescrição de fármacos, é seu dever, no agir em complementaridade, no respeito pelo direito ao cuidado em tempo útil da pessoa que sofre, comunica ao médico a avaliação feita.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2007)

PAPEL DO ENFERMEIRO

Os enfermeiros são, profissionalmente responsáveis pela avaliação da dor e administração de analgesia ou implementação de outras medidas que promovam o alívio da dor.

(Blondal & Halldorsdottir, 2009)



AVALIAÇÃO DA DOR



- Processo difícil e complexo;
- Incapacidade de comunicar verbalmente (inconscientes/sedados);
- Risco de inadequado controlo da dor e analgesia;

A avaliação da Dor em doentes de cuidados intensivos, normalmente, não é uma tarefa simples. No entanto, é essencial.

(Puntillo, *et al*, 2011)

AVALIAÇÃO DA DOR

Um controlo efectivo só pode ser atingido com uma avaliação rigorosa da dor.

(Blenkhran, Faughnan, & Morgan, 2002)

Escalas de
avaliação da dor

*Behavior Pain
Scale (BPS)*

*Escala de
Faces/
Wong-Baker*

ESCALA DE WONG-BAKER (FACES)



- É uma escala visual de autoavaliação;

- Deve-se apontar para cada rosto/número usando as palavras para descrever a intensidade da dor. Pede-se ao doente para escolher a face que melhor descreve a sua própria dor;

-É aplicada a doentes conscientes ou a doentes cujo estado permite ter capacidade de perceber o que se lhe pergunta e dar uma resposta válida.

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

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/cegados	3
Totalmente contraídos/rígidos	4
ADAPTAÇÃO VENTILATÓRIA	
Adaptado	1
Adaptado com acessos de tosse esporádicos	2
Desadaptado/Bloqueio ventilatório frequente	3

- É uma escala comportamental;

- A avaliação deve ser feita sem que seja realizado/aplicado nenhum estímulo (doloroso/táctil/verbal ou outro);

- Não é indicada para avaliar a dor em doentes com lesões medulares e os que têm em perfusão relaxantes musculares e curarizantes (Cade, 2008);

BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

BPS ≥ 4

implica

- Doente com dor;

- Intervenção de enfermagem para alívio da dor;

é importante conhecer o contexto do doente para despistar as causas reversíveis e depois actuar



BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

Difícilmente existirá uma escala que se adapte a todos os contextos, pelo que estas deverão ser sensíveis a alterações que melhorem a sua eficácia dentro da especificidade de cada serviço.

Na nossa prática, o facto de termos conhecimentos sobre as escalas e os indicadores que utilizam, poderá ajudar-nos e melhorar os cuidados que prestamos.



ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA DOR

Possuir instrumentos de avaliação da dor válidos

Permite uma abordagem sistematizada

Poderá melhorar a gestão e controlo da dor em contexto da prestação de cuidados em cuidados intensivos .

(Cade, 2008)

ESTRATÉGIAS...



- *Guidelines* /norma de avaliação da dor;
- Iniciar processo de formação contínua no serviço nesta área de cuidados;
- Criação de um grupo de dinamizadores na área da dor;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da utilização e do registo das medidas não farmacológicas na prática de cuidados ao doente crítico;

A importância desta temática para a enfermagem prende-se com o facto dos enfermeiros serem profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto com o doente, encontrando-se por isso numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.



Uma avaliação regular da dor resulta na optimização da analgesia e no alívio da dor promovendo o bem-estar e a qualidade de vida de todos os doentes.

A avaliação da dor frequente e sistemática, assim como registo da dor e a resposta às medidas implementadas, é considerada essencial para melhorar a qualidade dos cuidados.

(Voepel-Lewis, *et al*, 2010)



Obrigado!

BIBLIOGRAFIA

Aissaoui, Y., Zeggwagh, A. A., Zekraoui, A., Abidi, K., & Abouqal, R. (2005). Validation of Behavioral Pain Scale in Critically ill, Sedated, and Mechanically Ventilated Patients. *Anesth Analg*, p. 1470-1476.

Cade, C. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing in Critical Care*, 13, p. 288-297.

Direção Geral da Saúde. (14 de Junho de 2003). *A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Obtido em 1 de Julho de 2011, de Web site da Direção Geral da saúde: <http://myos.pt/downloads/circulars5sinalvital.pdf>

Doran, D. (2010) - *Nursing Outcomes: The State of the Science*. 2ª edição, Jones & Barlett Learning, p.201-239. ISBN 0763783250 -9780763783259.

International Association for the Study of Pain. (2008). Obtido em 10 de Janeiro de 2011, de Web site da International Association for the Study of Pain (IASP): <http://iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=6633>

Jacobi, J., Fraser, G., Coursin, D., Riker, R., & Fontaine, D. W. (2002). Clinical Practice Guidelines for the Sustained Use of Sedatives and Analgesics in the Critically Ill Adult. *Critical Care Medicine*, p. 119-141.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática* (Vol. I). Ordem dos Enfermeiros.

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.*, vol. 29, Nº12, p. 2258-2263.

**ANEXO XI – Instrução de trabalho de enfermagem sobre avaliação e
registro da dor na UCI-NC**

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	UCI – NC
	Avaliação e Registo da Dor

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

A presente instrução de trabalho é relativa ao procedimento multisectorial – “Avaliação e registo do 5º sinal vital – DOR”, TRC 111, no que respeita à Avaliação e Registo da Dor.

Esta tem como objectivos:

- Uniformizar as práticas de procedimento na avaliação e registo da dor;
- Dar a conhecer os instrumentos a utilizar para a avaliação da dor;
- Definir os momentos em que se deve aplicar os instrumentos para avaliação da dor;
- Analisar os diferentes instrumentos de avaliação da dor de forma a utilizá-los de acordo com a especificidade de cada doente;
- Designar o modo e o local para o registo, quantitativo e qualitativo, da avaliação da dor na folha de registos de enfermagem;
- Descrever os benefícios da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas em associação, como estratégias para melhorar a gestão da dor.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

A instrução de trabalho destina-se a todos os enfermeiros, que desempenhem funções na UCI – NC (nível I, nível II e nível III).

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
	__/__/__			

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	UCI – NC
	Avaliação e Registo da Dor

3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

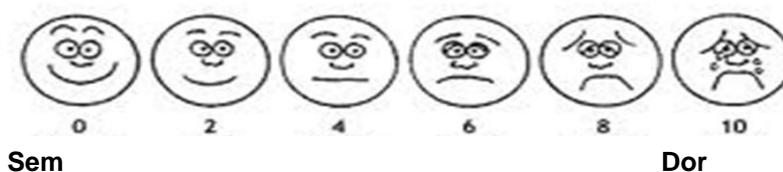
A avaliação da dor é efectuada a **todos os doentes internados neste serviço**, inicia-se aquando da admissão e prolonga-se até à alta, sempre de forma contínua e sistemática.

Sempre que possível elaborar a história da dor do doente, pois uma rigorosa caracterização da dor (tipo, descrição, localização, intensidade, factores de alívio e agravamento, etc) permite conhecer a evolução e o padrão da dor e actuar em conformidade.

Deve-se manter o mesmo instrumento para a avaliação da dor, exceptuando se houver alterações nas capacidades cognitivas do doente (permite comparar e perceber evolução da intensidade da dor).

Instrumentos utilizados para avaliar a dor:

1. ESCALA DE WONG-BAKER OU ESCALA DE FACES



- É uma escala visual de autoavaliação;
- Deve-se apontar para cada rosto/número usando as palavras para descrever a intensidade da dor. Pede-se ao doente para escolher a face que melhor descreve a sua própria dor;
- É aplicada a doentes conscientes ou a doentes cujo estado permite ter capacidade de perceber o que se lhe pergunta e dar uma resposta válida.

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	//_		

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	UCI – NC
	Avaliação e Registo da Dor

2. BEHAVIOR PAIN SCALE (BPS) ou ESCALA COMPORTAMENTAL DE DOR

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
Desadaptado/Bloqueio ventilatório frequente	3

- Esta é uma escala comportamental;
- A BPS avalia 3 indicadores: expressão facial, movimentos dos membros, adaptação ao ventilador. Cada indicador contém vários descritores, que estão numerados e o seu somatório define a dor do doente. É uma escala que pode ir 3 (sem dor) até 12 (dor forte).
- A avaliação, através desta escala, deve ser feita sem que seja realizado e/ou aplicado nenhum estímulo (doloroso/táctil/verbal ou outro).

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
//_			

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	UCI – NC		
	Avaliação e Registo da Dor		

Quando se deve avaliar a dor

- Antes da administração de qualquer terapêutica analgésica;
- Avaliação da dor de 8/8h se intensidade ≤ 3 (dor ligeira ou controlada);
- Avaliação da dor de 4/4h ou sempre que necessário, se dor ≥ 4 ou ≤ 10 (dor moderada a severa ou não controlada/não tratada);
- **Reavaliar** a dor após a administração da terapêutica analgésica (1h após terapêutica *per os* ou $\frac{1}{2}$ h após terapêutica *ev*). Se analgesia em perfusão contínua reavaliar $\frac{1}{2}$ h após reajuste da perfusão.

Modo de efectivar os registos

- O registo da intensidade da dor deve ser realizado na folha de registos de enfermagem (junto aos restantes sinais vitais);
- Deve ser sempre identificada a escala pela qual se avalia a dor de cada doente. Identificar na folha de registos com a abreviatura **Núm** ou **Faces** se utilizar a escala numérica/Faces e **BPS** se utilizar a escala comportamental;
- O registo qualitativo das medidas implementadas e a resposta às mesmas permite a continuidade dos cuidados e a melhoria da qualidade dos mesmos.

Medidas não farmacológicas

- Utilizar em associação com as medidas farmacológicas de forma a melhorar a gestão da dor (se possível envolver o doente na escolha destas medidas);
- A escolha das medidas não farmacológicas deve ser adequada, sempre que possível às preferências da pessoa, aos objectivos do tratamento e a evidência científica;
- As medidas não farmacológicas são importantes de forma a complementar as medidas e os tratamentos utilizados em cuidados intensivos (podem ter influência na gestão da analgesia).

APROVAÇÃO	ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
//_			

**ANEXO XII – Protocolo de Investigação - Tradução, Adaptação e
Validação da Nonverbal Pain Scale para o contexto nacional**

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO:
TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA PORTUGAL DA
NONVERBALPAINSCALE

INTRODUÇÃO

Os doentes em estado crítico sofrem dor substancial em consequência de situações patológicas, traumatismos, intervenções terapêuticas como cirurgias e múltiplos procedimentos de diagnóstico invasivo. Mesmo os doentes aparentemente inconscientes sofrem dor.

O controlo da dor assume para os profissionais uma prioridade reduzida quando confrontado com a instabilidade respiratória ou hemodinâmica do doente, contudo a dor não controlada tem efeitos sistémicos desde taquicardia, hipertensão arterial, aumento do consumo de oxigénio, diminuição dos volumes pulmonares, atelectasias, diminuição da motilidade gástrica e intestinal, aumento da ansiedade. Uma avaliação contínua e sistemática da dor aumenta a consciencialização e eficácia das intervenções no controlo desta (Sweringer & Keen, 2001).

A Direção Geral Saúde (DGS) refere que a avaliação e registo da dor e da sua intensidade, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais e contempla a utilização de escalas para mensuração da intensidade da dor.

A escala em vigor atualmente na unidade de cuidados intensivos neurocríticos (UCINC) é a *Behavioral Pain Scale* (BPS), conforme recomendação da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e da DGS.

A BPS contempla somente observação de comportamentos. A avaliação da dor baseada somente em observações comportamentais, poderá ser limitativa uma vez que, segundo Pasero & McCaffery (2005) doentes fortemente sedados podem ter dor severa mas serem incapazes de se mover. Estes pacientes terão pontuações baixas em avaliações observacionais que utilizam a adaptação ventilatória ou movimentos dos membros como indicadores.

Barr *et al.*(2013) publicaram as *Guidelines* para controlo da dor que preconizam que as escalas a utilizar na avaliação da dor em doentes críticos seja a BPS ou a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT), excetuando no doente neurocrítico.

Impõe-se então a necessidade de adoção de uma escala válida na avaliação da dor deste tipo de doentes.

A *Society of Critical Care Medicine* (2013) emanou recomendações clínicas respeitantes à dor em doentes neurocríticos que recomenda a escala NVPS como a escala de eleição, por conjugar aspetos fisiológicos e comportamentais.

OBJETIVOS DO PROJECTO

- Traduzir, adaptar e validar a NVPS Revista para Portugal.
- Verificar se existe diferente capacidade discriminativa da dor entre a NVPS e a BPS.
- Avaliar a satisfação dos enfermeiros com a avaliação e gestão da dor dos doentes neurocríticos, antes e após a implementação da NVPS.

1. Enquadramento Teórico

Desde 2003 que a dor é considerada pela DGS como o 5º sinal vital, sendo um “dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a humanização dos cuidados de saúde” (DGS, 2003).

Segundo a Associação Nacional para o Estudo da Dor (APED), “a dor é 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.” É um fenómeno subjetivo e emocional, o quanto e onde dói, o quanto a pessoa tolera e como lida com a dor é muito variável.

Pode ser classificada em aguda e crónica, e em nociceptiva, neuropática e mista (Koizumi & Diccini, 2006). A dor aguda (duração inferior a doze semanas segundo a *British Pain Association*), é relacionada com causas traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Frequentemente, desaparece após a cura da lesão, tem uma duração de tempo limitada e uma causa identificável e produz respostas neurovegetativas como a elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, elevação da pressão intracraniana (PIC), entre outras. A dor crónica (duração igual ou superior a doze semanas, segundo a *British Pain Association*) não desaparece após a cura da lesão. A dor nociceptiva está associada a um quadro inflamatório ou infeccioso, e na dor neuropática há alteração no funcionamento de estruturas do sistema nervoso periférico ou central envolvidas no processamento da sensibilidade. Na dor mista, verificam-se ambas as situações descritas.

A avaliação da dor é primordial no cuidar ao doente, em qualquer fase da sua doença. Como tal, estão validadas diversas escalas para a sua apreciação. As escalas mais usadas são escalas verbais, de faces e numéricas. Estas escalas requerem que o doente tenha capacidade cognitiva para descrever a sua dor e posicioná-la numa escala de intensidade, que vai desde a dor menos intensa até à dor insuportável, selecionando o número ou a face correspondente.

Porém, nem sempre os doentes conseguem ter a capacidade de expressar a sua dor, nomeadamente, os que estão sob ventilação mecânica e/ou sedados ou com défices cognitivos.

Gelinas *et al.* (2004) publicaram um estudo em que foram observados indicadores de dor comportamentais e fisiológicos em doentes críticos com ventilação mecânica e verificaram que a avaliação da dor era incompleta ou inadequada, e que a ausência de uma escala apropriada é um contributo determinante para esta situação.

Em cuidados intensivos, as escalas de dor necessitam de ser ajustadas de forma a ser avaliadas as componentes comportamentais e fisiológicas da dor.

A NVPS foi desenvolvida por Odhener *et al.* em 2004 para doentes que não comunicavam verbalmente em unidades de cuidados intensivos de queimados. Esta escala foi adaptada da FLACC (face, pernas, atividade, choro, consolação), que é usada na avaliação de dor em crianças. Posteriormente, a escala foi revista por Wegman (2005), que suprimiu a categoria fisiológico II e incluiu uma categoria sobre o padrão respiratório, saturação de oxigénio e adaptação ao ventilador.

Kabes, Graves & Norris (2009) compararam a NVPS original com a escala revista e conclui que a escala revista possui validade e fiabilidade adequada para avaliação da dor possuindo um melhor desempenho que a escala original.

No presente estudo, será utilizada a versão revista, que inclui indicadores comportamentais e fisiológicos, apresentando-se em cinco categorias:

- Face (expressões faciais);
- Atividade/movimento;
- Comportamento protetor;
- Sinais vitais (alteração de pressão arterial sistólica e frequência cardíaca);
- Respiratório (alteração da frequência respiratória/saturação de O₂, adaptação ao ventilador).

Cada categoria tem uma pontuação de 0 a 2, cujo somatório pode variar entre 0 e 10, correspondendo à ausência de dor ou à dor intensa.

De seguida apresenta-se a versão traduzida da escala.

Escala de Dor Não Verbal (EDNV) – NonVerbal Pain Scale (NVPS)

Categoria	0	1	2
Face	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de esgar facial de dor, lacrimejar	Presença frequente de esgar facial de dor, lacrimejar
Atividade (Movimento)	Calmo	Procura atenção através de movimentos lentos e cuidadosos	Agitado e/ou reflexos de fuga
Comportamento protetor		Defesa/Proteção de áreas dolorosas. Tenso	Rígido
Sinais Vitais	Sinais vitais sem alterações	PAS> 20mmHg; FC>20bpm	PAS> 30 mmHg; FC> 25bpm
Respiratório	FR e SpO ₂ sem alterações	FR>10 cpm acima do valor inicial, ou 5% ↓SpO ₂	FR>20 cpm acima do valor inicial, ou 10% ↓SpO ₂
	Adaptação ao ventilador	Assincronia moderada com o ventilador	Assincronia grave com o ventilador

2.1. Satisfação dos Enfermeiros relativamente à avaliação, prevenção e tratamento da Dor

A avaliação e a gestão da dor nos doentes críticos é um desafio, em particular nos doentes que não comunicam verbalmente ou estão temporariamente incapacitados para o fazer.

A interpretação da dor nestes doentes pode nem sempre ser a mais correcta, se os profissionais não possuírem as escalas mais adequadas para cada tipo de doente.

Existem diversas razões para a incorrecta avaliação e gestão da dor: falta de conhecimento acerca da farmacocinética e farmacodinâmica dos opióides; uso conservador dos opióides baseado em crenças não fundamentadas;

incorrecta interpretação da dor, como a ansiedade ou agitação, falta de escalas apropriadas e validadas para doentes que não comunicam verbalmente ou estão sedados (Vranic *et al.* 2010).

Neste contexto, julgamos ser essencial determinar a satisfação dos Enfermeiros relativamente à avaliação, prevenção e tratamento da dor, antes e depois da implementação da NVPS.

2. METODOLOGIA

A fase inicial deste projecto será dedicada ao processo de tradução e adaptação do instrumento e posteriormente à validação da versão portuguesa resultante do processo inicial.

2.1. PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

O projecto iniciou-se com o pedido de autorização aos autores da escala para ser adaptada a Portugal. Após satisfeito este pedido, será solicitada autorização para a validação da escala no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população-alvo da escala são os doentes não-verbais internados numa unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos.

Serão considerados elegíveis para recrutamento para a amostra todos os doentes que se encontrem internados na UCINC à data da aplicação da escala.

A amostragem será de conveniência e sistemática, feita de forma sequencial, estando o recrutamento dependente dos turnos de trabalho dos investigadores.

2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para recrutamento neste estudo, os critérios de inclusão são:

- Idade \geq 18 anos
- Consentimento informado assinado pelo familiar (não é um critério de inclusão mas sim uma exigência operacional)

São considerados como critérios de exclusão:

- Morte cerebral;
- Doentes paréticos;
- Doentes sob curarização;
- Doentes em coma barbitúrico;
- Doentes com antecedente pessoal de consumo de substâncias aditivas.

2.4. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO

A tradução e adaptação de instrumentos de medida desenvolvidos em outras culturas, para realidades específicas, tem sido um procedimento amplamente utilizado, pois permite economizar tempo, recursos pessoais e financeiros e permite ainda a comparação de resultados.

O processo de tradução e validação de uma escala concebida e testada noutra língua implica um sistema rigoroso, faseado de tradução e posteriormente a obrigatoriedade da aplicação de testes estatísticos para a sua validação. (Fortin, 2000)

Beaton *et al.* (2002) publicaram as “*Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures*”, propondo uma padronização que compreende as seguintes etapas: tradução e síntese; tradução reversa e síntese; comité de peritos; e pré-teste.

A tradução e adaptação cultural foram realizadas tendo por base as recomendações de Beaton *et al.* (2002).

2.4.1. ETAPA 1 – TRADUÇÃO E SÍNTESE

A primeira etapa da tradução tem como finalidade transmitir de forma exacta e precisa o conteúdo da escala original na realidade portuguesa. A tradução foi realizada por dois enfermeiros bilingues, cuja língua materna é o português, ambos com experiência em cuidados intensivos e a trabalharem no Reino Unido. Após as traduções, procedeu-se à análise conjunta do material com os tradutores, obtendo-se uma única tradução de consenso.

2.4.2. ETAPA 2 – COMITÉ DE PERITOS

As traduções consensuais foram enviadas para revisão a peritos na Área da Dor, nomeadamente:

- Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica, com experiência em doente neurocrítico; (Enf.^a Rosário)
- Enfermeira Mestre em Enfermagem, com experiência em cuidados intensivos polivalentes; (Enf.^a Rita Reis)
- Médico Neurologista; (Dr.^o Manuel Manita)
- Médica Anestésista, com experiência em cuidados intensivos polivalente e neurocríticos; (Dr.^a Luisa Amado)
- Grupo de enfermeiros generalistas que trabalham em cuidados intensivos neurocríticos (*Focus Grup*).

2.4.3. ETAPA 3 – TRADUÇÃO REVERSA

As traduções reversas (após revisão pelo comité de peritos) foram realizadas por uma enfermeira bilingue, cuja língua-mãe é o inglês, que trabalha em Portugal, na área dos cuidados intensivos e por um tradutor bilingue, de língua-mãe igualmente o inglês. Cada um dos tradutores apresentou duas traduções diferentes que após comparação, resulta numa apresentação final.

2.4.4. ETAPA 4 – VALIDAÇÃO DA TRADUÇÃO REVERSA

As traduções reversas serão enviadas para os autores para ser avaliada a sua concordância com o instrumento original. Os comentários dos autores poderão levar a ajustamentos da versão portuguesa.

2.4.5. ETAPA 5 – PRÉ-TESTE

O pré-teste será aplicado por um grupo de oito enfermeiros, os quais serão esclarecidos dos objetivos da atividade. Aplicar-se-á a escala aos doentes internados em UCINC, após a obtenção do seu consentimento informado.

Esta etapa tem como objectivos verificar a concordância inter-observador e analisar as experiências pessoais da aplicação da escala.

Realizar-se-á um 2º *focus group* com enfermeiros participantes no estudo de concordância para eventual revisão da versão portuguesa e nova tradução reversa caso surjam dúvidas ou sugestões de alteração após a aplicação do pré-teste.

2.5. VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

De forma a proceder-se à validação do instrumento, serão testadas as propriedades de medida do instrumento.

2.5.1. FIDELIDADE DO INSTRUMENTO

A fidelidade será testada através da verificação da consistência interna através do alfa de *Cronbach* e pela verificação da concordância inter-observador.

2.5.2. VALIDADE DO INSTRUMENTO

Será analisada a validade de critério. A validade coincidente será verificada pela comparação com a BPS.

A validade de construto será analisada através do teste de Friedman para medidas repetidas, teste de Kendall e teste dos sinais de Wilcoxon.

2.6. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Antes de se iniciar a recolha de dados será obtida autorização para esse mesmo efeito.

Para a recolha dos dados foi criada um formulário de registos que incorpora a caracterização da amostra, a Escala *NVPS* e a Escala *BPS*. (em anexo)

Antes da implementação da *NVPS*, os enfermeiros irão receber formação, dada pelos investigadores, em pequenos grupos, durante 10 a 15 minutos. Esta formação irá incluir a explicação do protocolo e demonstração da aplicação com casos práticos. Serão distribuídos cartões com informação objectiva e colocados cartazes em cada quarto, como apoio e incentivo à aplicação do protocolo.

O objecto de estudo será a dor percebida durante a prestação de cuidados a doentes em suporte ventilatório invasivo.

A prestação de cuidados de enfermagem compreenderá a aspiração de secreções brônquicas e o posicionamento do doente.

Os enfermeiros da UCINC (após formação) procederão à aplicação das escalas, por observação directa do doente, em 3 momentos distintos:

- Antes da prestação de cuidados de enfermagem (momento “A”);
- Durante a prestação de cuidados de enfermagem (momento “I”);
- 20’ após o *terminus* da prestação de cuidados de enfermagem (momento “P”).

A avaliação ocorrerá com a frequência de 1x turno.

A colheita de dados será realizada durante o período de 2 semanas, com uma semana de intervalo.

A inclusão dos doentes no estudo só será realizada após a obtenção do consentimento esclarecido do doente/representante (Procedimentos Multissectoriais INV101 e INV103 do C.H.L.C.).

De salientar que, além da obtenção do consentimento, serão preservados o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas.

2.7. Metodologia - Satisfação dos Enfermeiros relativamente à avaliação, prevenção e tratamento da Dor

Neste estudo a população-alvo corresponde aos enfermeiros que exerçam funções em cuidados intensivos.

A amostra do estudo consiste nos enfermeiros que exercem funções na UCINC e que aceitem preencher o questionário de satisfação. A amostragem é de conveniência, não probabilística.

Este estudo será realizado em dois tempos, antes da implementação do protocolo de avaliação e tratamento da dor e 1 mês após aplicação do protocolo de avaliação da dor com a escala NVPS.

Serão elaborados questionários de auto-preenchimento *online* sobre as práticas avaliação e tratamento da dor vigentes na UCINC.

Referências Bibliográficas

A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, Circular Normativa N°09/DGCG, 14/06/2003, Lisboa, disponível em <http://www.dgsaude.pt>

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, F., Davidson, E., *et al.* (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain , Agitation , and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical care medicine*, 41(1).

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M. (2002). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Illinois (USA): American Academy of Orthopedic Surgeons. Institute for Work & Health.

Fortin, M. (2000). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Gelinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., Puntillo, K. (2004) Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. *American Journal of Critical Care*. 13(2):126-135.

Kabes, A., Graves, J., & Norris, J. (2009). Further Validation of the Nonverbal Pain Scale in Intensive Care Patients, (29), 59–66.

Koizumi, M., Diccini, S. (2006) *Enfermagem em Neurociência- Fundamentos para a Prática Clínica*. Atheneu: Rio de Janeiro. ISBN:85-7379-840-8

Odhner, M., Wegman, D., Freeland, N., Steinmetz, A., Ingersoll, L. (2004) Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimensions Critical Care Nurse*. 22(6):260-267.

Pasero, C., McCaffery, M. (2005) No self-report means no pain-intensity rating: assessing pain in patients who cannot provide a report. *American Journal Nurse*. 105(10):50-53.

Swearinger, P., Keen, J. (2001). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos- Intervenções de Enfermagem Independentes e Interdependentes*. 4º Edição. Lusociencia. ISBN: 972-8383-52-5.

Wegman, A. (2005). Tool for pain assessment, 25(1), 14–15.

www.britishpainsociety.org

www.aped-dor.org

