

## **Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa  
em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**A Pessoa em Situação Crítica com Dor:  
intervenção especializada de Enfermagem**

**Joana Moreira Ferreira Teixeira**

Lisboa,

2016





## **Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa  
em Situação crítica

Relatório de Estágio

**A Pessoa em Situação Crítica com Dor:  
intervenção especializada de Enfermagem**

**Joana Moreira Ferreira Teixeira**

Orientador: Professora Maria Cândida Durão

Lisboa,

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





*Para ser grande, sê inteiro: Nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes...*

**Fernando Pessoa**



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todas as pessoas a quem presto cuidados diariamente  
e que me inspiram a ser cada vez melhor profissional,  
a todos os que me incentivam a ir mais longe,  
a todos os que me apoiam incondicionalmente.





## **AGRADECIMENTOS**

Ao Nelson, meu companheiro e amigo, pelo amor, apoio e paciência,

À minha irmã Rita, pela enorme ajuda,

Aos meus pais, Agostinho e Rosa Maria, pelo apoio,

Às minhas tias, Lola e Joaquina, pelo carinho,

Aos meus amigos pelo apoio e por saberem esperar por mim.

Muito obrigada Carla, por me incentivares a voar!

Cátia, sempre lá, obrigada!

Aos meus colegas de trabalho pela ajuda preciosa nos momentos mais duros,

Aos meus colegas e amigos do 5º Curso de mestrado, pela partilha de alegrias, momentos e experiências. Adorei conhecer-vos! Que grupo tão bom!

Obrigada Susana, Nelson e André! Vocês sabem...

À minha professora orientadora, Sra. Professora Maria Cândida Durão, pela disponibilidade, apoio, paciência e exigência,

Aos meus orientadores de estágio, Enfermeira Silvia Oliveira, Enfermeiro Filipe Ramos e Enfermeiro Filipe Pires, por me fazerem “sair da zona de conforto”, pela disponibilidade e pelo apoio,

A todos os professores, enfermeiros e outros profissionais de saúde que me ajudaram em todo este percurso,

Muito obrigada.



## RESUMO

A pessoa em situação crítica apresenta dor com muita frequência, embora esta nem sempre seja valorizada na medida da sua importância, dadas as prioridades de intervenção ao doente crítico. No entanto, o seu tratamento adequado é um direito de todo o doente internado, sendo consensual o impacto que a dor tem no aumento do risco de complicações, aumento da instabilidade clínica e diminuição do conforto e bem-estar. Assim, o controlo da dor deve ser considerado prioritário, envolvendo a avaliação, monitorização e tratamento da dor. Esta deve ser equiparada ao 5º sinal vital, pela necessidade de monitorização e vigilância sistemática, que possibilite ao enfermeiro a deteção de complicações precocemente, o ajuste do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado e a obtenção de dados/indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Assim, a intervenção do enfermeiro especializado na abordagem à pessoa em situação crítica com dor, é essencial para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, inserida no seu contexto familiar e ambiental, tendo em conta a situação de saúde-doença particular, vivenciada por ambos.

O desenvolvimento desta temática constituiu uma estratégia para o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na área da pessoa em situação crítica, tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner (2001) para a prática de enfermagem, que enfatiza a importância da experiência e do domínio das capacidades, na transformação da competência, tendo como finalidade a otimização da prática de prestação de cuidados. Para tal, foram desenvolvidos estágios nos contextos de urgência e cuidados intensivos, onde foi possível o desenvolvimento de várias atividades que possibilitaram a concretização dos objetivos propostos e a obtenção das metas definidas pela escola para este curso de Mestrado, das metas enunciadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos e das competências comuns e específicas de enfermeiro



especialista na área da pessoa em situação crítica a desenvolver, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

**Palavras-chave:** Pessoa em situação crítica, gestão da dor, controlo da dor, cuidar, enfermagem.

.



## **ABSTRACT**

Critically ill patients suffer from pain in almost situations, but this condition is not valued as it should be. However, proper treatment is a right of all hospitalized patients, and everyone agrees that pain causes increased risk of complications, as increased clinical instability and decreased comfort and well-being. Thus, pain control should be considered a priority, involving its evaluation, monitoring and treatment and a nursing focus of interest. Pain is though to be as the 5th vital sign, because of the systematic monitoring and surveillance needed in order to, allow the early detection of complications, treatment plan adjustment if pain relief is inadequate and for getting data/indicators to evaluate quality of care provided. Thus, it is essential to improve the care provided to critically ill patients and their families a specialized and individualized nursing intervention to all elements.

This theme was a strategy for the development of specialized nursing skills in the care of critically ill patients, based on the Dreyfus model of skill acquisition, adapted by Benner (2001) for nursing practice, which emphasizes the importance of experience and skills domain, for the transformation of competence, with the goal of optimizing care.

There were developed clinical internships in emergency and critical care contexts.

**Keywords:** critically ill patients, pain management, pain control, care, nursing.





## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>1.CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR</b> .....	<b>35</b>
<b>2.PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>67</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>71</b>

## APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do 3º semestre do curso de mestrado

Apêndice II – Objetivos de estágio do Serviço de Urgência

Apêndice III – Objetivos de estágio da Unidade de Cuidados Intensivos

Apêndice IV – Objetivos de estágio no âmbito da gestão, da Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

Apêndice V – Plano de sessão de formação realizada na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

Apêndice VI – Apresentação da formação elaborada na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

Apêndice VII – Relatório de formação realizada na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios

Apêndice VIII – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

## ANEXOS

Anexo I – Escalas comportamentais de monitorização da dor



Anexo II – Certificado de participação nas Jornadas da Unidade de dor do Hospital Garcia de Orta

Anexo III – Diploma de realização do curso Suporte avançado de vida em Queimados (SAVQ)

Anexo IV – Diploma de realização do curso Suporte Avançado de Vida (SAVC)

Anexo V – Diploma de realização do curso de Suporte Avançado de vida em Trauma (ATLS/ATCN)

Anexo VI – Diploma da realização do Curso *Fundamental Disaster Management* (FDM)

Anexo VII – Certificado de participação nas Jornadas da ESEL: a PSC – perspectivas e desafios em Enfermagem

Anexo VIII – Certificado de participação no XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva

Anexo IX – Estado de submissão do artigo de Revisão Integrativa de Literatura



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 – O Conforto na prática de Enfermagem.....</b>	<b>48</b>
--	-----------



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Indicadores de dor</b> .....	<b>40</b>
--	-----------





## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AINE'S** – Anti-Inflamatórios Não Esteróides

**APA** - American Psychological Association 6th Edition

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**BPAS** – Behavioral Pain Assessment Scale

**BPS** – Behavioral Pain Scale

**CPOT** – Critical-care Pain Observation Tool

**DVE** – Drenagem Ventricular Externa

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FC** – Frequência Cardíaca

**FR** – Frequência Respiratória

**IASP** - International Association for The Study of Pain

**SAV** – Suporte Avançado de Vida

**SAVC** – Suporte Avançado de Vida Cardiovascular

**PIC**- Pressão IntraCraniana

**PSC**- Pessoa em Situação Crítica

**RIL** – Revisão Integrativa da Literatura

**SCA** – Síndrome Coronário Agudo

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SU** – Serviço de Urgência

**TA** – Tensão Arterial

**TOT** – Tubo OroTraqueal



**UC** – Unidade Curricular

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**UCINT** – Unidade de Cuidados Intermédios

**VMER** – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da Unidade curricular de Estágio com relatório, inserido no 5º Curso de mestrado em Enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica, pretendendo demonstrar de forma crítica e reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem nesta área, promovida pela realização desde curso de mestrado.

O planeamento deste percurso, englobou a elaboração de um projeto, com definição de objetivos, atividades e estratégias, que possibilitassem a concretização das metas definidas pela escola para este curso de mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), das metas enunciadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e das Competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da Pessoa em situação crítica a desenvolver, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b).

A temática estudada e que serve de fio condutor de todo este processo de desenvolvimento de competências é - a Pessoa em situação crítica adulta com dor- e a sua abordagem constitui uma estratégia para o desenvolvimento de cuidados especializados de enfermagem à Pessoa em situação crítica, tendo por base o modelo de Dreyfus de aquisição de competências, adaptado por Benner (2001) para a prática de enfermagem, que enfatiza a importância da experiência e do domínio das capacidades/habilidades, numa perspetiva evolutiva, tendo como finalidade a otimização da prática de prestação de cuidados.

A escolha do tema em estudo, teve por base motivações e necessidades profissionais, mas também pessoais, relacionadas com a reflexão acerca da prestação de cuidados individual e de equipa, neste âmbito. A dor nem sempre

é valorizada na medida da sua importância, dadas as prioridades de intervenção ao doente crítico (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2012). No entanto, o seu tratamento adequado é um direito de todo o doente internado (Ministerio da Saúde & Direcção Geral de Saude, 1996), sendo consensual o impacto que a dor tem no aumento do risco de complicações e diminuição do conforto e bem-estar do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Urden, Stacy, & Lough, 2008). Por outro lado, mesmo quando existe uma intervenção efetiva nesta área, verificam-se lacunas em algumas áreas relacionadas com a gestão e controlo da dor, sendo evidenciada por alguns autores, a falta de conhecimento sobre o regime medicamentoso e a ausência de avaliação/monitorização sistemática da dor, verificando-se ausência de registos comprovativos da reavaliação após intervenção de enfermagem, dirigida à pessoa singular (Barreira & Gomes, 2008; Maria, Sallum, Garcia, & Sanches, 2010). O sucesso da estratégia terapêutica direcionada à pessoa com dor, depende da sua sistemática avaliação e monitorização, que possibilite ao enfermeiro o ajuste do plano de tratamento, quando o alívio da dor é inadequado, daí a importância dos registos de enfermagem, que contribuem para que não haja perda de informação importante para o planeamento de cuidados individualizados à pessoa, numa situação posterior, além de, através deles, ser possível obter dados/indicadores para avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Para a prestação de cuidados à PSC com dor, é importante que o enfermeiro tenha em conta a pessoa, inserida no seu ambiente mais próximo (a família), o contexto que os envolve e a situação de saúde-doença vivenciados por ambos. A família é o contexto mais imediato da PSC, devendo ser integrada nos cuidados, quer como alvo, quer como recurso, uma vez que o seu envolvimento tem impacto no bem-estar da pessoa doente e, ao envolver a família nos cuidados, o enfermeiro promove a redução da ansiedade vivenciada pela família e uma melhor adaptação face à situação de saúde-

doença implícita (Arreciado Marañón, Estorach Querol, & Ferrer Francés, 2010).

A intervenção do enfermeiro junto da família, da qual faz parte a pessoa, implica a deteção das necessidades particulares, inerentes às mudanças decorrentes do processo de transição vivenciado por ambos, para que seja possível otimizar a relação pessoa-família, capacitar a família através do seu envolvimento na prestação de cuidados, no sentido da obtenção de resultados positivos/ganhos em saúde, na pessoa (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

O doente crítico é todo aquele com risco ou disfunção/falência de órgãos ou sistemas, que para sobreviver necessita de meios avançados de monitorização e terapêutica, que restaurem a estabilidade, evitem complicações e alcancem resultados ideais (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008). Para tal, o contexto que envolve a família (constituída pelo doente crítico e pelas pessoas que este considera significativas para si), pode e deve ser encarado como um recurso a ser controlado e manipulado, tendo como finalidade, a melhoria dos *outcomes* da pessoa/família, nomeadamente a sua estabilidade, conforto e bem-estar (Benner et al., 2011; Internacional Council of Nurses, 2010; Kolkaba, 2003). O contexto a ter em consideração é a UCI e o SU, dado serem os locais privilegiados para o tratamentos destes doentes (Rhoades, Holleran, Carpenter, & Colin, 2011).

O controlo da dor é considerado prioritário, pois influencia o estado de saúde-doença e estabilidade clínica da PSC, devendo ser equiparada ao 5º sinal vital, pela necessidade de monitorização e vigilância sistemática, à semelhança do que acontece com os restantes sinais vitais (Ministério da Saúde & Direcção-Geral da Saúde, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A intervenção neste âmbito visa a prevenção de complicações, nomeadamente a instabilidade ventilatória e hemodinâmica, bem como a promoção do bem-estar e autocuidado, áreas sensíveis aos cuidados de

enfermagem, em que o enfermeiro pode e deve produzir resultados, que se traduzam em ganhos em saúde para a pessoa e qualidade na prestação de cuidados, tais como: a detecção precoce de complicações relacionadas com a dor, presença de um planeamento de cuidados dirigido à pessoa com dor, verificação de diminuição/ausência de complicações resultantes da presença de dor, aumento do seu conforto e bem-estar, observação de ausência de indicadores fisiológicos e comportamentais de dor (Ministério da Saúde, 2015; Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2001; Urden et al., 2008).

A forma como é perspectivado o cuidar, depende do referencial teórico de enfermagem utilizado.

O conforto pode ser considerado, quer como um alvo/*outcome* desejável dos cuidados de enfermagem, quer como indicador de qualidade da intervenção de enfermagem junto da PSC com dor. Este, reflete o bem-estar físico, psico-espiritual, ambiental e socio-cultural da pessoa. As medidas técnicas que o promovem, contemplam a importância da gestão e controlo da dor e prevenção de complicações, pelo que o enfermeiro tem um importante papel na detecção de necessidades, considerando o autorrelato ou indicadores observáveis/comportamentais e recorrendo à utilização de instrumentos para monitorização (Kolkaba, 2003).

Para operacionalizar a intervenção de enfermagem na promoção do conforto e prevenção de complicações, a vigilância e monitorização contínua da PSC, torna-se essencial, o que implica detetar e determinar mudanças significativas no seu estado, antecipando a deterioração e as suas necessidades, pela compreensão dos sinais e comportamentos, para depois definir diferentes estratégias de tratamento (Benner, 2001).

Em ambientes de Cuidados intensivos, recorrer à tecnologia para melhor cuidar, faz todo o sentido, dado que a tecnologia pode ser utilizada como instrumento para otimizar a intervenção de enfermagem e os *outcomes* da



pessoa, sem esquecer que é ela o centro dos cuidados e a tecnologia uma estratégia/recurso a utilizar (Tunlind, Granström, & Engström, 2015).

Este trabalho pretende, assim, demonstrar o percurso desenvolvido ao longo da Unidade curricular de estágio com relatório, cujos objetivos gerais são:

- desenvolver competências especializadas na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica, no contexto de Urgência e Cuidados intensivos;
- desenvolver competências especializadas de Enfermagem no âmbito da Pessoa em situação crítica adulta, com dor.

A estrutura do trabalho está dividida em dois capítulos. No primeiro, são explorados conceitos relacionados com a PSC com dor e o referencial teórico de enfermagem subjacente ao cuidar da PSC com dor; no segundo capítulo, é demonstrado o percurso de desenvolvimento de competências decorrido ao longo do curso de mestrado, potenciado pela realização de estágios nos contextos de urgência e cuidados intensivos, pela realização de outras atividades, e pela reflexão e análise despoletada ao longo de todo este processo.

Este trabalho cumpre as regras adotadas pela ESEL para a apresentação de trabalhos escritos e a referenciação bibliográfica está elaborada com recurso à norma APA.

**Palavras-chave:** Pessoa em situação crítica, gestão da dor, controlo da dor, cuidar, enfermagem.



## 1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM DOR

A dor está quase sempre presente na PSC e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento no SU e UCI, quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita (Swearingen & Keen, 2005). A experiência vivenciada pelo doente é ainda agravada, pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade e repercute-se no seu estado geral, manifestando-se através de alterações do nível de consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urden et al., 2008).

Devido à importância do diagnóstico de situação, em termos do conhecimento existente nesta área, foi elaborada por mim, uma Revisão integrativa da literatura (RIL), com o objetivo de compreender o que a evidência científica nos diz sobre a gestão da dor na PSC, cujo protocolo se encontra em apêndice (Apêndice X); a RIL elaborada encontra-se em processo de aprovação para publicação na revista Referência (Anexo X).

Um estudo realizado por Skrobik (2008) sobre o controlo da dor em cuidados intensivos, refere que é importante realizar uma gestão da dor, sedação e *delirium* em simultâneo, dando prioridade à avaliação e monitorização da dor, antes do uso de sedativos e hipnóticos, de forma a diminuir as complicações da dor e os efeitos indesejáveis provocados pelo excesso de medicação sedativa. No entanto, não existe evidência de que este controlo da dor esteja a ser realizado de forma eficaz, o que justifica a importância de continuar a desenvolver a intervenção nesta área, para posteriormente se poder evoluir noutras, como o controlo do *delirium* em UCI.

A PSC ou doente crítico é todo aquele com risco ou disfunção/falência de órgãos ou sistemas, que para sobreviver necessita de meios avançados de monitorização e terapêutica, que restaurem a estabilidade, evitem

complicações e alcancem resultados ideais, meios esses disponíveis nos contextos de UCI e SU (Huddleston et al, 2006; Rhoades et al., 2011).

No SU, através da prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar que nele trabalha, é garantida a estabilização inicial, vigilância e deteção precoce do risco de vida dos doentes que a ele recorrem, bem como o estabelecimento de prioridades no seu tratamento (Howard & Steinmann, 2011). Dada a instabilidade do doente crítico, a sua transferência para uma UCI é muitas vezes necessária (Huddleston, Sandra; Furguson, 2006). As UCIs são serviços qualificados para assumir a responsabilidade integral dos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais, durante vinte e quatro horas (Direção Geral de Saúde, 2003).

A vigilância e monitorização do doente, concretamente o doente crítico, implica a avaliação sistemática do mesmo, com vista no reconhecimento de situações que coloquem a sua vida em risco, através da deteção de sinais de alarme, de forma a definir prioridades de intervenção, avaliar o potencial de recuperação e responder às diferentes estratégias de tratamento (Benner, 2001; Howard & Steinmann, 2011).

A dor é uma das áreas de atenção relevante para a prática de enfermagem, que constitui o foco de atuação do enfermeiro nestes doentes, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Internacional Council of Nurses, 2010). Por outro lado, a dor é considerada uma experiência multidimensional desagradável, associada a lesão tecidual e portanto, constitui um sinal de alarme (Gomes, 2008).

Para uma intervenção especializada dirigida à PSC com dor, é importante compreender alguns aspetos da sua fisiopatologia, que justificam a manifestação da dor e as diferentes respostas/comportamentos da pessoa, relacionadas com a sua presença.

Como todas as sensações, a dor depende da transmissão de estímulos periféricos até ao cérebro, que os controla e os integra. Torna-se consciente (nociceção), segundo quatro processos – transdução, transmissão, percepção e modulação (Urden et al., 2008). Na transdução, quando há um estímulo que lesa os tecidos, seja ele térmico, químico ou mecânico, este estimula a libertação de substâncias químicas ou neurotransmissores (como as prostaglandinas, histamina, glutamato, substância P) que estimulam os recetores nociceptivos periféricos. Posteriormente, é produzido um potencial de ação que é transmitido através das fibras nervosas nociceptivas (delta A e C) até à medula e desta, através das fibras espinotalâmicas, até ao cérebro - transmissão. A rigidez muscular surge pela atividade reflexa da medula espinal, pelo que pode ser considerada um indicador de dor, podendo levar à diminuição da expansão diafragmática e consequente hipoventilação. Quando a mensagem de dor chega ao cérebro, inicia-se a percepção. Ao tronco cerebral, são atribuídas as respostas de fuga/ataque e respostas neurovegetativas, presentes nos quadros dolorosos; no tálamo, a informação dolorosa é localizada espacialmente e projetada em estruturas do sistema límbico e cortical; ao sistema límbico, cabe atribuir à dor o carácter emocional de sofrimento e desconforto; nas áreas corticais, a dor é interpretada de forma global – componentes afetiva, sensorial e cognitiva -, e concomitantemente são produzidas expressões faciais e movimentos do corpo, também eles indicadores de dor, resultantes da transmissão desta, ao córtex motor. No processo de modulação da dor, é libertado pelo SNC, opiáceos endógenos (as beta-endorfinas, encefalinas e dinorfinas), que se ligam aos recetores opiáceos, inibindo a transmissão da dor e produzindo analgesia (Swearingen & Keen, 2005; Urden et al., 2008).

Importa salientar que, embora existam vários tipos de dor, quando falamos da PSC, devido à patologia que motivou o internamento e aos inúmeros procedimentos invasivos e não invasivos a que está sujeita, falamos maioritariamente de dor aguda, o que direciona, de forma distinta, a intervenção de enfermagem, relativamente à pessoa com dor crónica, isto é, se

num doente com dor crónica o objetivo pode passar por dotar o indivíduo de estratégias que lhe permitam autocontrolar a sua dor, no doente com dor aguda, pretende-se atuar diretamente sobre a dor, aliviando os seus sintomas, de forma a proporcionar conforto à pessoa e diminuir as complicações resultantes da sua presença, tais como o aumento da instabilidade e consequente risco, maior sofrimento, maior probabilidade da transformação da dor aguda em dor crónica e como tal, um aumento dos custos em saúde (International Association for the Study of Pain, 2011).

A dor aguda está habitualmente relacionada com um acontecimento patológico, é autolimitada e possui uma importante função fisiológica de aviso, existindo claramente uma resposta do organismo a um agente agressor, o que se traduz numa necessidade de vigilância sistemática; tem um início repentino e uma duração transitória (Howard & Steinmann, 2011).

O não controlo da dor repercute-se no estado geral do indivíduo (Urden et al., 2008). Assim, o controlo da dor, para além de contribuir para o aumento do conforto, estabilidade e bem-estar do doente, contribui também para uma maior humanização e qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A PSC pode estar consciente e orientada, ter alterações de consciência por sedação ou não, e/ou alterações da comunicação por presença de TOT ou por outras condições relacionados com a sua situação fisiopatológica (Nürnberg Damström, Saboonchi, Sackey, & Björling, 2011).

A gestão e controlo da dor nestes doentes, para além do seu tratamento, implica a vigilância e monitorização sistemática da dor. A vigilância contínua é uma intervenção especializada de enfermagem, na medida em que requer um juízo clínico, pois pressupõe a monitorização e observação ininterrupta da pessoa, com o objetivo de detetar mudanças significativas no estado de saúde-doença, de forma a detetar precocemente um problema, antes que sinais mais explícitos se instalem, antecipando as necessidades da pessoa e avaliando o

potencial de reversão da situação (Benner, 2001; Internacional Council of Nurses, 2010).

A monitorização da dor, requer o uso de escalas e instrumentos que possibilitem essa monitorização (Kolkaba, 2003; Tomey & Alligood, 2002). O modelo para a avaliação da dor proposto por Melzack, tem por base a teoria multidimensional da dor e é considerado o mais adequado para uso clínico (Urden et al., 2008). Este modelo considera a existência de indicadores, que podem ser classificados em não observáveis (relatados pelo próprio indivíduo: componente sensorial, afetiva e cognitiva) e observáveis (componente fisiológica, em que há aumento da tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória e componente comportamental, como a expressão facial, movimentos corporais e a postura rígida). Como se observa na suas premissas, o facto de o doente apresentar alterações do estado de consciência e de comunicação verbal, não justifica a não avaliação da dor ou a sua inadequada avaliação. Para colmatar esta dificuldade, existem indicadores de dor que nos permitem identifica-la. Estes indicadores constituem a base das escalas de monitorização da dor existentes.

As escalas de monitorização de dor, permitem identificar a intensidade da dor do indivíduo, de forma a poder-se planear intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas, farmacológicas ou não farmacológicas e avaliar a sua eficácia. Existem escalas de auto e heteroavaliação. As escalas de autoavaliação, permitem que seja o próprio indivíduo a verbalizar o grau da sua dor. São elas, a Escala numérica – em que o doente atribui um grau de dor entre 0 (dor nula) e 10 (dor máxima); a Escala visual analógica – em que o doente marca com um “x” o ponto do *continuum* da escala em que se encontra, que irá corresponder a um grau de dor que o profissional registará; a Escala descritiva verbal – em que o doente escolhe a palavra que mais caracteriza a sua dor, relativamente à sua intensidade e a Escala de faces em que o indivíduo escolhe a face que mais se aproxima do seu estado doloroso e essa face irá corresponder a um número e é esse número que será registado (Direção Geral de Saúde, 2003).

A aplicabilidade destas escalas está assente em determinadas regras. O profissional de saúde pode recorrer a qualquer uma delas, como instrumento de diagnóstico; a intensidade da dor é sempre aquela que é referida pelo doente e só tem validade se registada no momento da colheita de dados; a escala utilizada para um determinado doente deve ser sempre a mesma, de forma a existir uma comparação com os valores anteriores; o profissional deve assegurar que o doente compreende o significado da escala utilizada e por fim, estas escalas só podem ser utilizadas em indivíduos conscientes, orientados, com idade superior a três anos (Direção Geral de Saúde, 2003).

A dificuldade na monitorização da dor surge quando estamos perante a PSC, habitualmente com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de TOT ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua. Nestes doentes, o enfermeiro pode basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, presentes na Tabela 1.

Tabela 1 – Indicadores de dor

<b>Indicadores Fisiológicos de dor</b>	<b>Indicadores Comportamentais de dor</b>
↑ FC	Expressão facial
↑ TA	Movimentos corporais
↑ CO2 expirado	Tensão muscular
Sudação	Adaptação ao ventilador
Palidez	Presença de sons
Dilatação pupilar	Vocalizações
↑ou↓ da FR e ↓ da profundidade da	



ventilação	
------------	--

Adaptada de: Urden et al., (2008)

As escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor. Realço novamente a importância da realização da RIL, enquanto instrumento de trabalho, que me possibilitou compreender o que a evidência diz sobre quais os indicadores e as escalas mais adequadas para utilizar na PSC. A chave para a gestão da dor no doente crítico é avaliar a dor, intervir e reavaliar após cada intervenção implementada (Marques, 2009). As escalas *BPS*, *BPAS* e *CPOT* (Anexo I) são apontadas como as escalas mais adequadas para avaliação da dor no doente crítico (Marques, 2009). A *CPOT* baseia-se nos seguintes indicadores – expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular, adesão ao ventilador ou vocalizações (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2012). A *BPS* foi adaptada por um grupo de enfermeiras portuguesas do Hospital Universitário de Coimbra e é utilizada em algumas UCI's do país. É de fácil compreensão e aplicabilidade. O objetivo é que o doente apresente um grau de dor menor ou igual a 4. Contempla os seguintes indicadores: expressão facial, movimentos corporais e adaptação ventilatória. Esta escala destina-se exclusivamente à monitorização da dor em doentes críticos ventilados (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2012). Estas duas escalas, *CPOT* e *BPS*, são as mais recomendadas e válidas para utilização no doente crítico (Barr et al., 2013). A *BPS* está validada em português e destina-se a doentes sob ventilação mecânica (Batalha, Figueiredo, Marques, & Bizarro, 2013; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2012). A *CPOT* está traduzida para Português por Marques (2009), mas não está validada (Cunha, 2011). Por este facto e segundo a RIL elaborada, seria importante desenvolver investigação neste âmbito, uma vez que não existe uma escala de monitorização de dor validada para português, que possa ser aplicada, quer a doentes ventilados, quer a não ventilados, impossibilitados de comunicar.

Importa salientar também que, embora existam limitações no uso destas escalas, elas constituem um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor na pessoa em situação crítica. Também é fulcral referir que a ausência de indicadores observáveis, não significa ausência de dor, assim como a presença de alteração de parâmetros hemodinâmicos pode não significar a sua presença. Tal deve-se ao estado de saúde do indivíduo, e à utilização de diversos fármacos que alteram a resposta do doente, cuja administração é frequente em SU e UCI (Urden et al., 2008). Este facto obriga a que o enfermeiro mobilize conhecimentos e competências especializadas, que lhe permitam refletir de forma crítica, quando procede à avaliação e monitorização da dor, na pessoa.

A avaliação da dor, para além da sua monitorização, pressupõe também a colheita de dados sobre a história de dor do doente e estratégias de alívio anteriores, sintomas atuais e descrição das características de dor, forma de alívio e agravamento da dor atual, forma de comunicar a dor, antecedentes de saúde-doença, exame físico, exames complementares de diagnóstico, avaliação emocional, psicológica e comportamental (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O controlo e gestão da dor, envolve não só a avaliação e monitorização da dor, como também a implementação de intervenções interdependentes e autónomas, farmacológicas e não farmacológicas, para o seu tratamento (Ferreira et al., 2014; Internacional Council of Nurses, 2010).

Relativamente às medidas farmacológicas, estas podem ser divididas de acordo com a categoria de ação dos fármacos, sendo considerados os opióides fortes e fracos, os não opióides (como os anti-inflamatórios não esteroides) e os adjuvantes, de que são exemplo os anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos, corticóides, reguladores do metabolismo do cálcio, relaxantes musculares, ansiolíticos e antiespasmódicos (Ordem dos Enfermeiros, 2008). A escolha do tipo de fármaco utilizado depende dos recursos disponíveis, do tipo de dor que o doente apresenta e da resposta individual habitual aos diferentes fármacos (Urden et al., 2008), o que reforça a importância da avaliação da dor,

referida anteriormente. A PSC normalmente experiencia dor de moderada a forte, o que justifica o recurso mais frequente a opióides fortes. Recomenda-se também a utilização de perfusões contínuas, de forma a assegurar analgesia contínua (Urden et al., 2008). Um estudo elaborado por Skrobik (2008) sobre o controlo da dor em UCI, reforça a importância da analgesia multimodal, uma vez que, o uso concomitante de outros fármacos, como o paracetamol e AINE's, em simultâneo com os opiáceos, reduzem a necessidade de grandes doses dos últimos, diminuindo as complicações resultantes do excesso de analgésicos com efeito sedativo, nomeadamente, maior tempo de ventilação mecânica, com conseqüente maior tempo de internamento e maiores custos.

No que diz respeito às intervenções de enfermagem no âmbito do controlo e gestão da dor, existem algumas intervenções e atividades sugeridas, que devem ser adaptadas à individualidade da PSC com dor, tais como (McCloskey & Bulechek, 2004; Moorhead et al., 2010):

- Vigiar e monitorizar dor: otimizar a comunicação; observar indicadores de dor e desconforto; detetar e registar as características da dor (local, intensidade, fatores precipitantes e frequência); monitorizar a dor mediante instrumento/escala adequada; registar dados obtidos no processo do doente;
- Gerir ambiente físico: detetar e controlar os fatores ambientais que influenciam a dor do doente (luz, ruído, a temperatura, entre outros);
- Gerir analgesia: detetar fatores que provocam dor no doente (posicionamento, técnica invasiva, tratamento a uma ferida, entre outros); administrar analgesia antes do procedimento potencialmente doloroso; comunicar médico acerca da necessidade de analgesia;
- Executar técnicas não farmacológicas de alívio da dor: aplicar calor/frio; posicionar pessoa; executar massagem;

- Dar suporte à família: explicar à família a intervenção que está a ser realizada ao seu familiar; compreender reação familiar face à situação de saúde-doença da pessoa; promover comunicação; assistir a família nas necessidades detetadas;
- Mobilizar a família como recurso: incluir a família nas decisões clínicas; promover a interação pessoa/família; recolher dados sobre a história de dor da PSC, junto da família, quando a pessoa não está capaz de o fazer.

Estas são algumas das intervenções/atividades que podem ser implementadas na PSC com dor e na família, mas sempre adaptadas e ajustadas à individualidade/singularidade da pessoa/família e da situação particular vivenciada por ambas.

A RIL elaborada aponta para a necessidade de desenvolver evidência relativamente à eficácia/efetividade das intervenções não farmacológicas da dor, que possa suportar a sua implementação, em simultâneo com a analgesia, de forma a potenciar o seu efeito, com menores doses de fármacos e como tal, menos efeitos secundários e custos financeiros.

Cuidar da PSC com dor, pressupõe a garantia do conforto, sendo este considerado como um *outcome* multidimensional desejável dos cuidados de enfermagem - paradigma da integração -, e ao mesmo tempo um indicador de qualidade da intervenção de enfermagem dirigida àquela PSC particular, que apresenta dor - paradigma da transformação – (Kolkaba, 2003; Parker, 2001; Tomey & Alligood, 2002, 2004).

O conforto reflete o bem-estar físico (sensações e homeostasia), psico-espiritual (consciência de si mesmo, autoestima, sexualidade), ambiental (temperatura, luz, som, odor, calor, panorâmica) e sociocultural (relação com a família e sociedade, tradições) da pessoa singular (Kolkaba, 2003).

As medidas técnicas que o promovem, contemplam a gestão da dor e prevenção de complicações, pelo que o enfermeiro, neste âmbito, atua na

deteção de necessidades, considerando o autorrelato ou indicadores observáveis/comportamentais e recorrendo à utilização de instrumentos para monitorização. Para tal é necessária uma vigilância e monitorização contínua da pessoa em situação crítica, o que implica detetar e determinar mudanças significativas no seu estado, antecipando a deterioração e as suas necessidades, pela compreensão dos sinais e comportamentos, para depois definir diferentes estratégias de tratamento (Benner, 2001).

O doente deve ser cuidado de forma holística, podendo ser a pessoa, a família, comunidades ou instituições. O ambiente é tido como recurso que pode ser manipulado e controlado para melhorar as condições de conforto. A saúde é um estado ótimo e desejável de bem-estar de uma pessoa/família/comunidade. Assim, torna-se necessário recorrer a instrumentos psicométricos para medir o estado de conforto do doente crítico, para depois intervir na conceção de medidas para suprir as necessidades particulares e re-avaliar os *outcomes* obtidos, tendo em conta o estadio anterior à intervenção de enfermagem (Kolkaba, 2003; Tomey & Alligood, 2002).

O enfermeiro, ao suprir as necessidades de conforto da pessoa/família/comunidade numa relação de parceria de cuidados, possibilita um maior envolvimento destes na prestação de cuidados e conseqüente maior satisfação, quer do profissional de saúde, quer da pessoa cuidada, tendo estes resultados impacto, até na forma como a instituição de saúde é avaliada, em termos de integridade e qualidade (Kolkaba, 2001). Envolver a família na prestação de cuidados, faz diminuir a ansiedade desta e permite uma maior adaptação à situação de saúde-doença do seu familiar, aspetos que fazem parte das competências do enfermeiro no cuidado integral à pessoa (Arreciado Marañón et al., 2010).

Cuidar da PSC neste contexto, tendo como base esta teoria, torna-se ainda mais importante, uma vez que a presença de dor e ausência de conforto pode levar a complicações, nomeadamente a instabilidade ventilatória e hemodinâmica (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Urden et al., 2008), que podem

ser detetadas e até prevenidas com a intervenção de enfermagem (Ministério da Saúde, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Para que tal aconteça efetivamente, são necessários profissionais competentes nos domínios do diagnóstico e manutenção das funções vitais e de órgãos, no *saber-fazer* relativamente à gestão de situações de crise, no providenciar medidas de conforto, no cuidar da pessoa e família, na promoção da segurança e na prevenção de complicações, com recurso a um ambiente de alta tecnologia (Benner et al., 2011; Benner, 2001).

Nos contextos de UCI e SU, a tecnologia pode ser utilizada como instrumento para otimizar a intervenção de enfermagem e os resultados que se pretendem obter, sem esquecer que a pessoa é o centro dos cuidados e a tecnologia um recurso a utilizar para melhor cuidar (Hill, 2013; Tunlind et al., 2015).

Para cuidar da PSC nestes serviços, é exigido que o enfermeiro demonstre competência na implementação de intervenções intencionais, deliberadas e autênticas, e perícia na utilização de alta tecnologia, conforme preconizado pelo Modelo Technological Competency as Caring in Nursing (Locsin, 2013).

Os pressupostos deste Modelo, assentam na Teoria do Nursing as Caring, que refere que: as pessoas são cuidadas em virtude da sua humanidade; o enfermeiro e a pessoa vivem uma relação terapêutica de partilha/compromisso, tendo como objetivo a recuperação ou o suprimento/assistência no suprimento das necessidades detetadas; cuidar implica conhecer a pessoa que é cuidada; a tecnologia proporciona um conhecimento dinâmico e mais completo da pessoa; a enfermagem enquanto disciplina e profissão, é parte integrante da prestação de cuidados de saúde, contribuindo para a sua promoção e para o bem-estar e baseia-se no conhecimento da pessoa alvo dos cuidados, na comunicação com o cliente com recurso à tecnologia e na elaboração de um plano de cuidados partilhado, negociado (*empowerment* do cliente) e dinâmico (Locsin, 2013).

O modelo Technological Competency as Caring in Nursing (Locsin, 2005), está muito direcionado para a UCI devido à complexidade de equipamentos disponíveis. Defende a coexistência harmoniosa entre o cuidar, a enfermagem e a tecnologia, sendo que a tecnologia pode ser utilizada para conhecer melhor a pessoa como um todo, num dado momento. Para tal, deve existir um profundo conhecimento da relação entre a tecnologia, os cuidados de saúde, os conhecimentos e as habilidades/capacidades. A tecnologia engloba a utilização de códigos técnicos, significados socioculturais e interesses políticos. São exemplos de tecnologia, os equipamentos, medicamentos, objetos, roupas (pijama), utensílios (cama), estruturas (sala de isolamento), aparelhos, recursos (gás, eletricidade), ferramentas (cadeira, cateter, *dinamap*), autômatos (aquecedor de linhas, computador), entre outros. Esta também envolve o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, que acompanham os avanços tecnológicos atuais da sociedade e que obrigam a que o enfermeiro demonstre competência na aplicação de tecnologias específicas avançadas (protocolos terapêuticos complexos, por exemplo) e na operação de sistemas de informatização de dados (Locsin, 2005).

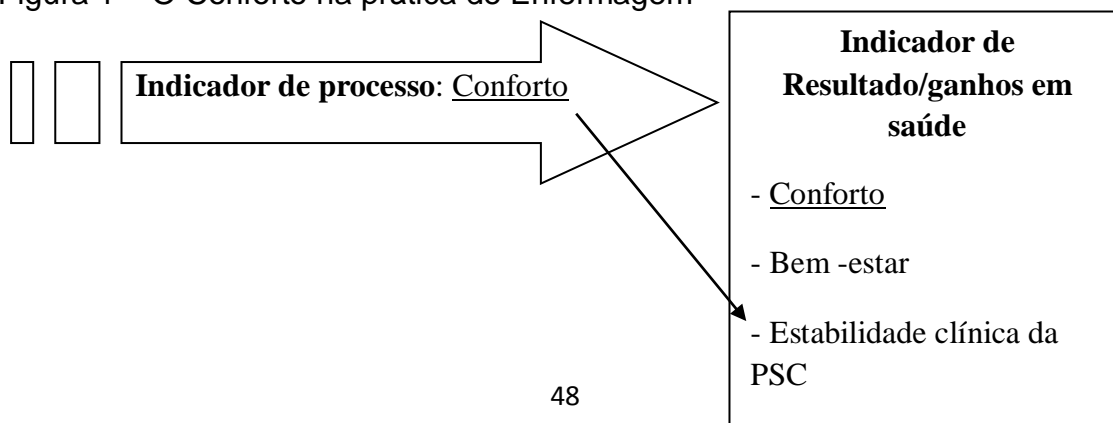
O desenvolvimento da técnica é importante. Esta consiste na criação de um tipo de pensamento necessário ao desenvolvimento tecnológico, aplicada com o intuito de obter eficácia/eficiência e melhores *outcomes*. São exemplo de técnicas, os protocolos, a gestão de recursos materiais e humanos, as competências comunicacionais, os grupos de diagnósticos, estudos, entre outros. O cuidar em enfermagem, exige uma simbiose com a tecnologia, na medida em que o cuidar expresso, exige *expertise* no reconhecimento dos denominados *calls for caring* (Locsin, 2005).

Cuidar em enfermagem exige conhecer a pessoa, como um todo, numa dada situação particular, naquele momento, que pode e deve ser facilitada pela tecnologia. A competência tecnológica baseia-se num processo dinâmico e contínuo de conhecer as pessoas, numa dado momento, numa situação particular de cuidados (Locsin, 2005).

Existe uma falsa ideia de que quem é tecnicamente proficiente, não é capaz de cuidar. No entanto, a competência tecnológica é uma expressão do cuidar, na medida em que permite conhecer a pessoa como um todo, permite vigiar e documentar cuidados. A competência tecnológica, permite estabelecer relações de enfermagem com o outro, dirigidas às necessidades e respostas do doente. A informação fornecida pela tecnologia deve ser triada pelo enfermeiro, que tem como foco, a pessoa no seu todo e não o equipamento. Por exemplo, os monitores cardíacos são instrumentos, mas a interpretação dos dados é uma atividade humana, que deve ser desempenhada com *expertise* pelo enfermeiro. A proficiência tecnológica é desejável mas não substitui o cuidar, sendo um aspeto importante do cuidar (Locsin, 2005).

Enquanto enfermeira e tendo por base estas três teorias, considero que, cuidar da pessoa em situação crítica com dor, implica que, mesmo em contexto de urgência e emergência, consigamos ver, para além da patologia e do “doente”, contradizendo o modelo biomédico de prestação de cuidados. Ao considerarmos o impacto que a dor tem no indivíduo como um todo, podendo torna-lo mais instável, realçamos a importância de encarar a gestão da dor e o conforto, não meramente como um indicador de resultado da intervenção de enfermagem (Kolkaba, 2003), mas também como um indicador de processo tendo em vista a estabilidade da pessoa, diminuição do risco de complicações e conseqüente maior facilidade no seu diagnóstico, tratamento e recuperação. Para isso é necessário uma monitorização e vigilância sistemática do doente (Benner, 2001), com o apoio da tecnologia enquanto facilitadora deste processo (Locsin, 2005, 2013), conforme esquematizado na Figura 1.

Figura 1 – O Conforto na prática de Enfermagem





## 2.PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo será demonstrado e analisado o percurso de desenvolvimento de competências decorrido ao longo do curso de mestrado, desde o planejamento até à sua efetivação, tendo como objetivo o desenvolvimento de Competências especializadas de enfermagem no cuidar da PSC, no contexto de Urgência e Cuidados intensivos e no cuidar da PSC adulta, com dor, conforme cronograma presente no Apêndice I.

O planejamento do percurso de desenvolvimento de competências, foi iniciado com a elaboração de um projeto, dado que este tipo de metodologia favorece este processo, pois permite identificar um problema real e delinear à *posteriori*, estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução (Ruivo & Ferrito, 2010). Assim, inicialmente, recorri à reflexão acerca das práticas de cuidados, pesquisa de evidência através de uma revisão crítica da literatura, realização de reuniões com peritos nas diferentes áreas do cuidar da PSC e do cuidar da pessoa com dor, e visitas a potenciais locais de estágio, nomeadamente a UCI's e SU's. Com base nos dados recolhidos por estas atividades/estratégias, foram selecionados os locais de estágio, tendo em conta as características desses locais, oportunidades potenciais de aprendizagem nesses contextos e necessidades pessoais a desenvolver de acordo com o meu percurso/experiência profissional. Assim, é possível dizer-se que este projeto constituiu um guia orientador, tendo como objetivos gerais:

- desenvolver competências especializadas de Enfermagem no cuidar da Pessoa em situação crítica, no contexto de Urgência e Cuidados intensivos;
- desenvolver competências especializadas de Enfermagem no âmbito do cuidar da Pessoa em situação crítica adulta, com dor.

Para tal, foram planeados estágios no Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Cuidados Intensivos Polivalente e Serviço de Cuidados Intensivos e

Intermédios Polivalente, pertencentes a Hospitais da área de Lisboa. Nos primeiros dois contextos, os objetivos centraram-se no desenvolvimento de competências no cuidar da PSC e da PSC com dor. No último contexto, o objetivo centrou-se no desenvolvimento de competências de gestão, cuja finalidade é a otimização dos processos e cuidados prestados pela equipa de enfermagem e multidisciplinar, cujo impacto se traduz numa melhoria dos *outcomes* da pessoa/família, alvo dos cuidados

Os objetivos de cada contexto foram inicialmente estabelecidos e ajustados posteriormente, após contacto com a realidade do contexto (Apêndices II, III, IV). O facto de ter delineado os objetivos e os ter discutido com o Professor e com Orientador de estágio, reajustando-os de acordo com a realidade e com as expectativas e metas quer do orientador, quer minhas, enquanto estudante, permitiram criar logo à partida, uma relação pedagógica de compromisso que, sem dúvida, favoreceu todo o processo de desenvolvimento de competências, ao longo dos três campos de estágio.

O estágio no SU polivalente teve a duração de 9 semanas, entre 5 de Outubro e 4 de Dezembro, tendo como objetivo *major*: desenvolver competências no cuidar do doente crítico, no contexto de urgência, emergência e trauma, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Para este objetivo, foram estabelecidos objetivos específicos, atividades para a concretização dos mesmos e indicadores de resultado (Apêndice II).

Numa primeira fase, procurei conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do SU, através da consulta de normas e procedimentos do serviço, embora com dificuldades sentidas ao nível da acessibilidade às mesmas em formato papel, mas colmatada com a descoberta da intranet. Este recurso/ferramenta de trabalho (intranet), revelou-se extremamente útil, uma vez que se encontra acessível a todos os enfermeiros do SU e de todo o hospital, em qualquer computador, permitindo a pesquisa de normas/procedimentos e protocolos, por temas e áreas, o que, sem dúvida

facilita a pesquisa em tempo útil, tempo esse essencial neste contexto específico.

A realização de uma visita guiada aos vários sectores da urgência, bem como a prestação de cuidados à pessoa/família, em colaboração com a equipa multidisciplinar, ao longo das 24h (manhãs/tardes/noites), permitiram-me compreender melhor a dinâmica do serviço e do trabalho desenvolvido pelos profissionais que nele trabalham, potenciando assim, a minha integração na equipa e o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, ajustada a cada sector e à individualidade da pessoa e situação de saúde-doença vivenciada pela mesma.

No que diz respeito à gestão e controlo da dor da PSC efetuada pelos profissionais daquele serviço, procurei, numa primeira fase, saber qual o protocolo de gestão de dor em vigência. Pude constatar que existe um protocolo de monitorização de dor, elaborado por um grupo de enfermeiros pertencentes aos vários serviços do hospital; este protocolo é transversal à unidade hospitalar, embora com algumas especificidades inerentes a cada serviço.

Na urgência recorre-se à escala numérica em doentes conscientes e orientados e à escala de faces para doentes ventilados ou com alterações de consciência/comunicação. Não utilizam a *BPS* pois não se encontra parametrizada no sistema informático.

Neste âmbito e tendo em conta a evidência existente, pude intervir na formação informal de pares sempre que solicitado e na prestação de cuidados efetiva nesta área, através da monitorização (recorrendo à escala mais adequada preconizada pelo serviço), implementação de intervenções e reavaliação da dor, tendo como objetivo, o controlo da dor na PSC como fim e o controlo da dor como meio, para promover a estabilidade ventilatória e hemodinâmica da pessoa doente.

Este modelo do cuidar, foi explorado através da revisão da literatura sobre as teorias de enfermagem que suportam o cuidar nestes contextos e pela realização de um jornal de aprendizagem sobre o cuidar da pessoa e da família

em situação de fim de vida, onde o conforto é prioritário. Neste jornal de aprendizagem realço, também, a ideia de que as limitações do serviço de urgência em termos de disponibilidade de tempo, podem parecer dificultar o *Empowerment*, embora o simples facto de possibilitarmos às pessoas a liberdade de escolha, o estar presente ou não no momento da morte de um familiar, por exemplo, possibilita a sua manifestação.

No SU, tive oportunidade de intervir junto da pessoa em situação de fim de vida, onde o conforto proporcionado através do controlo da dor é tido como objetivo central da intervenção de enfermagem (Kolkaba, 2003) e junto do doente politraumatizado, cuja prioridade é a estabilidade ventilatória e hemodinâmica, sendo o controlo da dor, um dos meios para a obtermos (Urden et al., 2008). Na primeira situação pude monitorizar a dor de forma sistemática, intervir de forma autónoma através da gestão da analgesia (ex. administrar bólus de analgesia antes da realização de procedimentos potenciadores de dor, ou seja, de forma preventiva, como por exemplo os posicionamentos) e implementação de outras intervenções, como a massagem para conforto. Durante a intervenção ao doente politraumatizado, recorri à deteção de indicadores fisiológicos e comportamentais sugestivos de dor, com recurso à tecnologia existente (por exemplo, monitores cardíacos), solicitando analgesia, de forma a proporcionar conforto e conseqüentemente menor instabilidade clínica, o que se traduziu por uma maior facilidade no diagnóstico e tratamento destes doentes, modelo do cuidar defendido por mim no primeiro capítulo deste trabalho, baseado nas teorias de Benner (2001), Kolkaba (2003) e Locsin (2005).

Durante o estágio, foi possível transpor esta experiência para o meu contexto profissional de trabalho. Solicitei analgesia com opióides fortes, em doentes com fraturas com necessidade de redução, tendo constatado, quer pelo que observei (diminuição da manifestação de indicadores de dor), quer pelo que o médico Ortopedista verbalizou, que se obtém uma maior facilidade no tratamento, ou seja, maior facilidade na redução da fratura, quando estes doentes se encontram eficazmente analgesiados, previamente ao

procedimento. Esta mudança na forma de cuidar da pessoa com dor, no meu serviço, teve impacto na pessoa e na qualidade dos cuidados prestados pela equipa e pela própria instituição, o que considero bastante positivo.

Ao longo do estágio, pude constatar a importância do envolvimento da família no processo de cuidar, encarando-a quer como alvo dos cuidados, quer como recurso a mobilizar, no sentido de poder, através dela, otimizar os cuidados prestados à pessoa.

Inicialmente, comecei por identificar o familiar mais próximo/pessoa significativa, solicitando o seu contacto e informações muito superficiais acerca do doente. À medida que fui ganhando um lugar na equipa multidisciplinar e consequentemente mais confiança e convicção na tomada de decisão, comecei a abordar a família, quer como parceira na prestação de cuidados (ex. tradução de discurso da PSC e de expressões faciais do doente pouco compreensíveis para quem não o conhece, informação sobre a situação de saúde-doença prévia ao internamento, grau de dependência nos autocuidados, história de dor, entre outros), quer como alvo de cuidados (apoio emocional; deteção de necessidades do familiar; facilitar a permanência junto da pessoa doente, especialmente em situação de fim de vida e participação na tomada de decisão; facilitar o processo de luto, entre outros).

Para otimizar a minha intervenção nesta área, elaborei um segundo Jornal de aprendizagem, que me permitiu aceder às minhas barreiras pessoais e profissionais, para uma prestação de cuidados de excelência nesta área e que foram sendo ultrapassadas ao longo do estágio. Pude constatar que, inicialmente a minha moderação na intervenção junto da família, teve como base o facto de estar há pouco tempo no serviço, e de pensar nas hipotéticas expectativas da equipa em relação a mim, e do que poderiam pensar, se eu valorizasse e intervisse junto da mesma, face à necessidade premente de rapidez de intervenção neste contexto. A tomada de decisão exige conhecimento e confiança na ação a desempenhar. Neste sentido, considero que à medida que fui ocupando o meu espaço na equipa, a minha intervenção especializada nesta área foi sendo desenvolvida, de forma positiva.

Neste serviço, também me foi possibilitada a consolidação de conhecimentos e habilidades, relacionadas com o cuidar da PSC em situações de urgência e emergência. Realço a realização de turnos em balcões, onde o volume de trabalho e de doentes, me obrigou a gerir recursos, tempo e prioridades, tendo em conta a gravidade dos doentes no local, e a realização de turnos nas salas de reanimação e trauma, que exigiram de mim a mobilização de conhecimentos de SAV (American Heart Association, 2012) e ATLS/ATCN (American College of Surgeons, 2012; Society of Trauma Nurses, 2013), na abordagem ao doente crítico, apreendidos através da realização dos cursos SAVC e ATLS/ATCN (Anexos IV e V) e através da consulta dos respetivos manuais.

A minha intervenção neste âmbito foi sendo otimizada pela conquista de mais autonomia na abordagem ao doente crítico, à medida que o meu processo de integração na equipa foi sendo conseguido. Destaco a confiança que fui ganhando e o reconhecimento da equipa multidisciplinar, que me possibilitou uma maior abertura para o reporte de situações de instabilidade e uma maior autonomia na tomada de decisão.

As competências em situações de emergência e de catástrofe, que considero todas as situações em que as necessidades excedem os recursos disponíveis, foram colmatas pela realização do curso *Fundamental Disaster Management* (FDM) (Anexo VI), inserido no XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, promovido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Anexo VIII), no qual participei, onde foram abordados aspetos relacionados com a elaboração e gestão do plano de catástrofe, atuação em situações multivítimas, exposição a radiações, desastres naturais e explosões e transporte do doente crítico. Também a realização de um turno na VMER, onde a imprevisibilidade dos contextos e o carácter emergente das situações, com recursos mínimos disponíveis, me permitiu constatar a importância do conhecimento da equipa, nomeadamente, o conhecimento dos pontos fortes e fracos de cada membro, enquanto requisito-base para a tomada de decisão do *team leader*, que se apoia nesse conhecimento para proceder ao ajuste de

funções, *in time*, de acordo com as capacidades dos seus elementos, de forma rentabilizar o tempo e a gerir de forma rápida e eficaz as situações. Aqui, também a comunicação em circuito fechado é essencial (American Heart Association, 2012), para evitar erros e perdas de tempo, aspetos a evitar neste contexto/situação.

As lacunas existentes na abordagem ao doente crítico grande queimado, que frequentemente dá entrada neste SU, foram colmatas pela realização do curso de Suporte Avançado de Vida Queimados (Anexo III) e pela leitura do manual de curso (Amaral, 2015), que possibilitaram uma melhor compreensão das necessidades destes doentes e como tal, uma maior capacidade de agir de forma antecipatória perante situações de maior risco para a pessoa.

A colaboração na prestação de cuidados a doentes em situações consideradas vias verdes – AVC e SCA, nomeadamente na gestão dos protocolos complexos inerentes a estas situações, também possibilitaram o desenvolvimento de competências nesta área. A realização de um diário de bordo, com anotações acerca de pontos-chave ou situações que despertaram interesse, possibilitaram o estudo mais aprofundado, *á posteriori*, sobre cada situação vivenciada. Recordo, por exemplo, uma situação em que houve necessidade de administração de fibrinolítico a um doente, mas devido ao facto deste ter ingerido plavix®, não foi possível efetuar a fibrinólise, dado o risco de hemorragia/AVC hemorrágico acrescido. Esta situação motivou o meu estudo sobre as contra-indicações *major* e *minor* da fibrinólise, uma vez que não me recordava de todas elas.

A realização de dois turnos na triagem, permitiram-me compreender não o método em si, uma vez que já o utilizo diariamente no meu contexto profissional, mas compreender o sistema de organização e encaminhamento de doentes desde a sua entrada no SU, que deve ser adaptado à especificidade de cada contexto, tendo em vista a segurança do doente. Por vezes este sector pode ser desvalorizado. No entanto, considero-o de extrema importância, pois exige do enfermeiro uma grande capacidade de juízo clínico e de gestão de prioridades e do próprio serviço.

Em termos globais, considero ter desenvolvido uma prestação de cuidados em colaboração com toda a equipa multidisciplinar, baseada em critérios de qualidade e segurança definidos pelo serviço/unidade hospitalar, tendo também em conta a responsabilidade profissional, ética e legal. Neste sentido, durante todo o processo de cuidar da pessoa/família, neste contexto, procurei, entre outros exemplos:

- realizar a lavagem das mãos sempre que visivelmente sujas e uma desinfeção com solução alcoólica sempre antes e após contacto com o doente;
- respeitar os princípios do controlo da transmissão de infeção, pelo uso de equipamento de proteção individual nos isolamentos (de acordo com o agente infeccioso em causa), salas de trauma (onde existe grande risco de contaminação por fluidos e sangue) e em qualquer procedimento invasivo ou de contacto prolongado com o doente (posicionamentos, higiene na cama), de forma a evitar infeções cruzadas;
- utilizar sistemas que incrementam a segurança na administração de terapêutica e hemoderivados (conhecimento e manuseamento do sistema de verificação de compatibilidade entre o sangue do doente e o administrado – *gricode*- e conhecimento do sistema de obtenção de fármacos de acordo com o nome do doente – *pixis*-);
- refletir sobre questões relacionadas com o agir, de acordo com o dever legal, ético e deontológico, nomeadamente: direitos dos doentes, o direito à autonomia na tomada de decisão, o direito ao acompanhamento de um familiar no serviço de urgência e gestão da sua permanência de acordo com o serviço, sigilo profissional, privacidade e proteção de dados pessoais dos doentes.

Realço a facilidade com que pude reportar situações que pudessem ter outro tipo de abordagem e a forma como a equipa sempre se mostrou disponível e disposta a alterar hábitos, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



O estágio realizado na unidade de cuidados intensivos de um hospital de Lisboa, decorreu durante 6 semanas, entre 4 de Janeiro e 12 de Fevereiro, tendo como objetivo *major*: desenvolver competências no cuidar do doente crítico, no contexto cuidados intensivos, em colaboração com a equipa multidisciplinar. Para este objetivo, foram estabelecidos objetivos específicos, atividades para a concretização dos mesmos e indicadores de resultado (Apêndice III).

À semelhança do estágio anterior, foram realizadas algumas atividades, como a consulta de normas e procedimentos do serviço, realização de uma visita guiada aos vários setores da unidade, participação na prestação de cuidados à pessoa/família em colaboração com a equipa multidisciplinar ao longo das 24h (manhãs/tardes/noites) e a colaboração na gestão do serviço (recursos humanos, materiais, gestão de conflitos), uma vez que o meu orientador assume chefia de equipa. A realização destas atividades, associadas ao facto de manter sempre uma postura de interesse em aprender, potenciaram a minha integração na equipa e o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz, ajustada a cada sector e à individualidade da pessoa e situação de saúde-doença vivenciada pela mesma.

A gestão da dor neste serviço é uma preocupação de toda a equipa multidisciplinar. Pude constatar que existe um protocolo de monitorização de dor, que embora transversal a todos os setores do hospital, apresenta algumas especificidades relacionadas com o tipo de doente internado na UCI, continuamente exploradas por um grupo de trabalho deste serviço, dedicado ao estudo desta área. Assim, na UCI, recorre-se à escala numérica em doentes conscientes e orientados e à escala comportamental de dor (BPS) para doentes ventilados e com alterações de consciência/comunicação. Foi possível observar que existe uma preocupação da equipa multidisciplinar na observação e valorização de outros indicadores de dor, nomeadamente os indicadores fisiológicos, conforme preconizado pela literatura (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012). Outro aspeto interessante foi o facto de, praticamente todos os doentes se encontrarem analgesiados de forma contínua com fentanil®,

podendo ou não ter associada analgesia em bólus como complemento, o que revela que existe preocupação com a dor, a consciência de que a dor é frequente em cuidados intensivos e um reconhecimento da importância da analgesia multimodal (Swearingen & Keen, 2005).

A avaliação/reavaliação da dor é realizada e registada em processo clínico informatizado, estando definida uma monitorização da dor periódica e em SOS (quando o enfermeiro considerar pertinente, como por exemplo, antes, durante a pós um procedimento), de forma a garantir que esta avaliação é realizada de forma sistemática.

Em termos de intervenções não farmacológicas, existe uma preocupação com o controlo do ambiente (ruído, luz) e com a utilização do posicionamento como estratégia de conforto enquanto resultado final, ou como resultado intermédio (o conforto potencia a obtenção da estabilidade do doente, melhorando o seu diagnóstico e tratamento), motivados também pela experiência no tratamento de doentes do foro neurocirúrgico, onde para além dos indicadores de dor habituais, se pode observar e valorizar o aumento da PIC, como dado indicador do impacto negativo do ambiente, na pessoa.

Realço a oportunidade que tive de intervir na formação informal de pares no âmbito da prestação de cuidados efetiva nesta área, através da sensibilização da equipa para a importância da gestão da analgesia, ou seja, a administração de medicação prévia à realização de procedimentos dolorosos, como o autocuidado: higiene, os posicionamentos, a aspiração de secreções, a realização de técnicas invasivas, entre outros.

A visita à Unidade de Queimados do mesmo hospital, solicitada por mim e proporcionada pelo meu orientador de estágio, constituiu uma mais-valia neste âmbito, na medida em que pude constatar que, contrariamente ao que acontece na maioria das UCI's (Skrobik, 2008), nesta unidade a gestão da analgesia é efetiva, dado ser realizada sedo-analgesia antes de procedimentos dolorosos, nomeadamente no “banho terapêutico” (primeiro banho realizado ao doente grande queimado, à entrada da unidade, onde é realizado desbridamento e tratamento das áreas queimadas, de forma assética), na

realização de tratamentos a queimaduras e até mesmo nos cuidados de higiene e posicionamentos.

A avaliação sistemática da dor é efetivamente concretizada e registada em processo clínico informatizado e a intervenção farmacológica e não farmacológica de enfermagem é autonomamente gerida, de onde se podem destacar, os posicionamentos enquanto promotores do conforto, o alívio da dor promovido pelo alívio da pressão do penso sobre a queimadura e a gestão da analgesia em procedimentos dolorosos, mediante o feedback obtido pela observação da pessoa e pelos dados fornecidos pelo equipamento tecnológico disponível. Neste processo de cuidar do doente grande queimado, é possível perceber, mais uma vez, que este tem por base o modelo do cuidar defendido por mim no primeiro capítulo deste trabalho, cujas referências são as teorias de Benner (2001), Kolkaba (2003) e Locsin (2005).

A participação nas Jornadas de Dor, durante o período em estive na UCI (Anexo II), bem como a conclusão da RIL sobre a monitorização da dor na PSC, durante este período de estágio, também constituíram excelentes momentos de aprendizagem, com reflexo no meu desenvolvimento de competências na área do controlo e gestão da dor.

Relativamente à participação nas Jornadas de Dor, realço a realização do *Workshop* – a dor crónica entre o hospital e a comunidade-, onde pude perceber que, compreendendo a pessoa com dor crónica, a forma como os profissionais cuidam e que dificuldades apresentam no dia-a-dia ao cuidar destes doentes, posso compreender que, enquanto enfermeira do contexto hospitalar, posso contribuir para incrementar os *outcomes* da pessoa a curto prazo (hospital) e conseqüentemente a longo prazo (comunidade). Por exemplo, a recolha de dados acerca da história de dor do doente, quer pelo próprio (enquanto ainda está conciente), quer através da família enquanto transmissor de informação sobre a pessoa internada, permitem-me utilizar essa informação para intervir no sentido de minimizar a probabilidade do doente desenvolver dor no internamento, tornando esse momento de vida menos traumático, o que diminui o risco de desenvolver dor crónica, traduzindo-se

numa maior probabilidade de obter mais qualidade de vida, com mais autonomia, na comunidade.

No contexto UCI, a importância da família enquanto recurso e alvo dos cuidados, tornou-se ainda mais evidente. A participação que pude ter no acolhimento à família, preparação para o impacto da primeira visita ao familiar internado, percepção das necessidades da família, o dar a oportunidade de “estar com” ou de “não estar” (*empowerment*), a constatação da importância que o enfermeiro tem na simplificação/“tradução” de algumas informações fornecidas pelo médico, a utilização da família enquanto recurso para perceber as necessidades, gostos e preferências da pessoa, contribuíram para o meu desenvolvimento de competências nesta área e para uma prestação de cuidados de qualidade à PSC e família na UCI.

Destaco a reflexão elaborada sob a forma de estudo de caso, onde foi analisado o impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados à pessoa, provocado pela ausência da família neste processo, relacionada com a impossibilidade de colheita de dados e intervenção presencial junto da família-alvo, devido ao facto da mesma viver longe do hospital. Recordo-me da dificuldade que foi adequar os cuidados à individualidade da pessoa (como por exemplo, ajustar a temperatura da água do banho), dado não saber as preferências individuais, por impossibilidade de recolha desses dados junto da PSC (por alterações de consciência e comunicação comprometida) e junto da sua família, sabendo eu do impacto que os estímulos externos têm no conforto e estabilidade do doente crítico. No entanto, esta limitação foi minimizada através da observação dos indicadores de dor, com recurso à tecnologia, com posterior reajuste da intervenção, mediante a resposta que se foi obtendo do doente. Paralelamente a este processo, foi facilitado e ajustado o horário de visita a esta família, de acordo com a sua disponibilidade e os recursos de transporte existentes, de forma a possibilitar a sua presença no processo de cuidar.

A realização deste estágio em UCI também me permitiu colaborar na prestação de cuidados à PSC, de acordo com a lógica de prioridades ABCDE , realizar uma gestão de tempo e prioridades, tendo em conta a condição clínica dos doentes/recursos humanos e materiais disponíveis, colaborar na gestão de protocolos de atuação complexos, como os protocolos de sedo-analgésia, gestão da dor, intoxicações medicamentosas com agentes específicos (como o paraquat®), provas de morte cerebral e manutenção do potencial dador de órgãos, controlo de glicémia, utilização de técnicas dialíticas contínuas e intermitentes (diálise), protocolo de hipotermia, cuidar da pessoa com DVE, colaborar na realização de técnicas, como a broncofibroscopia, entre outros.

Destaco a importância do agir antecipado, tendo em conta a deteção de riscos e problemas potenciais da PSC, permitido através da vigilância e monitorização permanente do doente, com recurso à tecnologia disponível. Esta competência foi desenvolvida através da prestação de cuidados diretos ao doente e através dos inúmeros momentos de *brainstorming* com o meu orientador, onde todos os aspetos relacionados com as necessidades potenciais do doente e como atuar sobre elas, foram discutidas de forma crítica, tendo em vista a otimização das práticas.

A prestação de cuidados baseada nos princípios de qualidade e segurança definidos pela literatura, foi assegurada através:

- da prestação de cuidados com base em princípios relacionados com os critérios de qualidade definidos pelo serviço;
- do controlo da transmissão de infeção, pelo uso de equipamento de proteção individual nas salas e participação na colocação de sinalética com normas de limpeza e de cuidados a ter na prestação de cuidados direta ao doente, de acordo com o agente infeccioso em causa, de forma a controlar a transmissão de infeção, especialmente as infeções cruzadas, uma vez que a estrutura do serviço não facilita o controlo de infeção e a mobilização dos doentes, o que obriga a equipa a ter mais cuidados a este nível;

- da realização da lavagem das mãos sempre que visivelmente sujas e desinfeção com solução alcoólica sempre antes e após contacto com o doente;
- da utilização de sistemas que incrementam a segurança na administração de hemoderivados (manuseamento do sistema de verificação de compatibilidade entre o sangue do doente e o administrado – *gricode*);
- do agir antecipatório, através, por exemplo, da colaboração na preparação do material necessário para o transporte intra-hospitalar, tendo como objetivo a segurança do doente durante o transporte;

É importante referir que durante o estágio, a colaboração na prestação de cuidados teve sempre por base a reflexão sobre questões relacionadas com o agir, de acordo com o dever legal, ético e deontológico, nomeadamente: direitos dos doentes, o direito à autonomia na tomada de decisão, o direito ao acompanhamento pela família/pessoas significativas e a gestão da sua permanência de acordo com o serviço e principalmente, com a condição clínica do doente, o sigilo profissional, privacidade e proteção de dados pessoais dos doentes, respeito pelos pares, os princípios éticos que devem reger a *praxis*, entre outros.

Realço a facilidade com que fui reportando, de forma discreta, situações que pudessem ter outro tipo de abordagem, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, respeitando sempre os pares, o que denota a responsabilidade profissional sempre implícita no meu percurso de estágio.

Outro aspeto que considero importante para a melhoria das práticas e atualização de normas e procedimentos, foi o facto de me ter sido dada a oportunidade de contribuir para o aumento do conhecimento da equipa acerca dos problemas atuais da prestação de cuidados à PSC, fornecendo alguns artigos ao serviço, relacionados com áreas com potencial de desenvolvimento, a serem trabalhadas pelos grupos de trabalho existentes, das quais destaco os seguintes temas/áreas: alimentação entérica no doente crítico (Casaer &

Berghe, 2014), pela inexistência de protocolo no serviço; PCR no doente em decúbito ventral (D. Gomes, Darcy, & Bersot, 2012), pelo facto de ter presenciado uma PCR, onde o início das compressões foi atrasado pelo facto da pessoa se encontrar neste decúbito; delírio na PSC (Boogaard et al., 2015; Davidson, 2015; Rivosecchi, Smithburger, Svec, Campbel, & Sandra Kane-grill, 2015), pela inexistência de protocolo no serviço, mas constatação da presença e motivação para o desenvolvimento desta área, por parte da equipa de enfermagem.

O estágio desenvolvido na UCI/UCIP de um hospital da área de Lisboa, teve a duração de 2 semanas, entre 7 e 17 de Dezembro (6 turnos), tendo como objetivo major: desenvolver competências nos domínios da gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais. À semelhança dos estágios anteriores, foram estabelecidas atividades, momentos de observação e participação nos processos de gestão da equipa multidisciplinar, essenciais para a concretização do mesmo e indicadores de resultado, que podem ser visualizados em Apêndice (Apêndice IV).

A realização de momentos de observação/supervisão da prática de cuidados com o enfermeiro chefe do serviço, permitiu colaborar na supervisão de cuidados, com deteção de oportunidades de melhoria e colaboração na implementação de medidas otimizadoras, no momento em que se observa o comportamento, tendo o cuidado de adequar o *timing* e a linguagem utilizada, quando se detetam estas ocorrências.

A participação nos momentos de passagem de turno, em que toda a equipa de enfermagem se reúne numa sala e cada enfermeiro passa a informação ao grande grupo, sobre o processo de enfermagem de cada pessoa a quem prestou cuidados, possibilita a discussão em equipa e a deteção de oportunidades de melhoria, no sentido da otimização das práticas. Este momento também permite que o enfermeiro gestor possa ter noção das necessidades de cuidados de todos os doentes da unidade e das necessidades da equipa (recursos materiais e humanos), podendo tornar a gestão do serviço mais dirigida às necessidades reais; por outro lado, estes momentos permitem

também ao gestor, aceder à forma como cada elemento da equipa pensa sobre o cuidar e sobre o processo de planeamento de cuidados, o que lhe permite, adquirir dados fundamentais para a avaliação e planeamento de objetivos específicos/estratégias de melhoria, de cada um dos elementos da sua equipa.

Durante uma das passagens de turno, pude detetar que apesar de se preocuparem com a gestão da dor na pessoa em situação crítica e de o verbalizarem, ainda sentem alguma dificuldade na monitorização da dor e na utilização das escalas de monitorização, tendo em conta a pessoa e os critérios de aplicabilidade e exclusão de cada um dos instrumentos existentes no serviço, motivo pelo qual, foi planeada (Apêndice V) e realizada (Apêndice VI) uma sessão de formação, cujo relatório se encontra em apêndice (Apêndice VII). Este momento foi muito importante porque permitiu a reflexão sobre as práticas de cuidados nesta área, esclarecimento de dúvidas relacionadas com a aplicabilidade dos instrumentos existentes no serviço e a discussão de estratégias de melhoria futuras. Pude também aproveitar esse momento para partilhar com a equipa a minha intenção de realizar um estudo de investigação tendo em vista uma lacuna detetada nesta área, através da RIL elaborada por mim e através da discussão em contexto de trabalho e de estágio, que permitirá, certamente, melhorar a qualidade de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com dor e que se prende com a validação de uma escala de monitorização de dor para a PSC, ventilada ou não, com alterações de consciência e de comunicação - a *CPOT*. Este momento de formação também se revelou importante para o meu processo de aprendizagem, pois pude desenvolver competências de comunicação e pedagogia.

A participação na passagem de turno multidisciplinar, constituiu um momento-chave de aprendizagem, uma vez que pude constatar a importância da articulação entre médicos e enfermeiros, a importância da complementaridade da informação obtida pelos enfermeiros e pelos médicos e a posterior discussão de equipa, tendo em vista o melhor para o doente, além de permitir que todos possam aceder ao plano de tratamento de cada pessoa, naquele dia, o que possibilita uma melhor gestão e planeamento de cuidados.



Realço também a colaboração na elaboração do plano inicial de formação para 2016, onde contribuí com o conhecimento que detenho da minha experiência profissional na gestão de formação do hospital onde trabalho, a colaboração na manutenção de infra-estruturas, materiais e equipamentos e a oportunidade que tive de conhecer os programas informáticos de apoio à gestão, nomeadamente a *Webmac* (manutenção de infra-estruturas), *Glose* (manutenção de equipamentos) e *My gíaf* (gestão de horários).

Por tudo isto considero que este contexto de estágio possibilitou o meu desenvolvimento de competências especializadas nos domínios da gestão e aprendizagens profissionais, no âmbito da gestão de cuidados e otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a equipa multiprofissional, mobilização de conhecimento baseado em evidência científica e comunicação de projetos de investigação com impacto na qualidade dos cuidados prestados.



## CONCLUSÃO

O presente documento demonstra de forma crítica e reflexiva, o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem desenvolvido no âmbito do 5º Curso de mestrado em Enfermagem na área de especialização da pessoa em situação crítica e que tem por base as metas definidas pela escola para este curso de Mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010), as metas enunciadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Direção Geral do Ensino Superior, 2008) e as Competências comuns e específicas de enfermeiro especialista na área da Pessoa em situação crítica a desenvolver, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, 2010b).

A temática escolhida – a PSC com dor: intervenção especializada de Enfermagem -, para além de ser uma área com relevância para a prática, sensível aos cuidados de enfermagem, é uma área que ainda carece de desenvolvimento, tendo-se revelado, desta forma, um meio para desenvolver as competências referidas anteriormente e que têm como finalidade a melhoria dos cuidados prestados à PSC.

Assim, posso dizer que, ao nível do desenvolvimento das competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, considero ter sempre agido de forma profissional, tendo em conta a qualidade e segurança do doente e dos profissionais, os princípios éticos e deontológicos e o respeito pelos direitos humanos.

Relativamente à participação na melhoria contínua da qualidade, realço a colaboração e dinamização de ações e programas, tendo em vista a manutenção da qualidade e a segurança do doente.

No que diz respeito à gestão de cuidados, considero ter participado ativamente na gestão de cuidados, a nível micro e de macrogestão, tendo

como objetivos a otimização da resposta da equipa multidisciplinar, enquanto base para a manutenção/melhoria dos cuidados prestados à pessoa/família.

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais, foi alcançado pela constante busca pessoal de uma prática baseada na melhor evidência disponível e na noção da responsabilidade que, enquanto enfermeira tenho, na deteção de áreas/oportunidades de melhoria e na formação contínua pessoal e dos pares, em contexto informal ou em contexto formal, de forma a contribuir para o desenvolvimento e otimização dos cuidados prestados.

Relativamente às área do domínio do cuidar da PSC e sua família, considero ter desenvolvido competências no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, competências no cuidar da PSC com dor, competências na dinamização da resposta a situações urgência, de catástrofe ou emergência multivítimas, competências na maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção, quer através da prestação de cuidados direta, quer através de cursos realizados/participação em jornadas e congressos, que foram colmatando algumas lacunas de conhecimento em determinadas áreas, quer através de discussões entre os profissionais com quem tive o prazer de trabalhar, em contexto informal e formal (seminários), que foram acrescentando qualidade à minha intervenção nesta área.

Em termos de limitações neste percurso, considero que poderia ter sido uma mais-valia o prolongamento do tempo de estágio nos diferentes contextos, dada a importância da aprendizagem proporcionada pela reflexão sobre a prática e não apenas sobre a teoria das práticas e a possibilidade de ter desenvolvido um período de estágio na UCI Queimados, onde existe de facto, uma intervenção efetiva na PSC com dor, com impacto na qualidade dos cuidados prestados a estas pessoas.

Outro aspeto a referir é que, devido à limitação do tempo disponível, não foi possível desenvolver o estudo de investigação na área da monitorização do doente crítico, evidenciada como necessária quer na RIL elaborada por mim

durante este curso, quer pela constatação e detecção desta necessidade, na prática de prestação de cuidados. No entanto, durante o estágio foi possível divulgar o projeto a implementar *à posteriori*. Aliás, a realização da RIL com o envio do artigo para publicação, surge como quer como instrumento de divulgação do conhecimento para todos os profissionais de saúde nesta área, quer como artigo de referência para a realização de mais estudos de investigação neste âmbito.

Por tudo o que fui expondo neste documento, considero que o meu percurso académico e profissional foi pautado pela promoção do profissionalismo, empenho, vontade em ser cada vez melhor, no sentido de conseguir proporcionar melhores cuidados, com mais ganhos em saúde, promovendo a qualidade e segurança do doente, com recurso á tecnologia disponível, promovendo também o seu conforto, baseando a minha *praxis* numa relação terapêutica, onde a pessoa e família são parceiros, respeitando a seu *empowerment* e autonomia na tomada de decisão e a dignidade, especialmente em situações de fim de vida.

As oportunidades de melhoria que se foram verificando em cada contexto, foram sendo ultrapassadas em parceria com os profissionais, colegas e professores com quem tive oportunidade de trabalhar e que, com grande disponibilidade me ajudaram a, com humildade e empenho, as ultrapassar



## BIBLIOGRAFIA

Amaral, T. (2015). *Suporte Avançado de Vida em Queimados - Manual de curso* (1ª ed.).

American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support: student course manual* (9ª ed.).

American Heart Association. (2012). *Suporte Avançado de Vida Cardiovascular*. (H. Guimarães, P. Monteiro, J. Barbisan, R. M. Junior, R. Lopes, & J. Bittar, Eds.). São Paulo- Brasil: Artes Gráficas e Editora Sesil LTDA - Gráfica Bandeirantes.

Arreciado Marañón, a, Estorach Querol, M. J., & Ferrer Francés, S. (2010). The nurse expert in the care of the critical patients according to Patricia Benner. *Enfermería Intensiva / Sociedad Espanola de Enfermería Intensiva Y Unidades Coronarias*, 22(3), 112–116. doi:10.1016/j.enfi.2010.11.004

Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 70(1), 53–8. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72

Barreira, A., & Gomes, O. (2008). Avaliação e Registo da Dor : Um imperativo em Enfermagem Introdução Definição de Dor. *Pain*.

Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 7–16. doi:10.12707/RIII12108

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2<sup>a</sup> ed.). Springer Publishing Company.
- Boogaard, M. Van Den, Kuiper, M. A., Hoogendoorn, M. E., Simons, K. S., Maseda, E., Luetz, A., ... Haren, F. M. P. Van. (2015). Multinational development and validation of an early prediction model for delirium in ICU patients. *Intensive Care Medicine*. doi:10.1007/s00134-015-3777-2
- Casaer, M. P., & Berghe, G. Van Den. (2014). Nutrition in the Acute Phase of Critical Illness. doi:10.1056/NEJMra1304623
- Cunha, D. (2011). *Instrumentos de Avaliação da Dor em Doentes com alteração da consciência: uma Revisão Sistemática*.
- Davidson, J. E. (2015). Pain, Agitation, and Delirium Guidelines: Nurses' Involvement in Development and Implementation, 35(3).
- Direção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento . Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores de Dublin. Retrieved from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/Templates/ConteudoImpressao.aspx?GUID={36620050-F63C-4C1B-BF57-1945F686873D}>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC, 1. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>



- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). *Dor e Analgesia no doente Crítico* (Vol. 2). Retrieved from <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. Retrieved from <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>.
- Gomes, D., Darcy, C., & Bersot, A. (2012). Cardiopulmonary Resuscitation in the Prone Position, 2012(November), 199–201. doi:10.1016/S0300-9572(02)00145-4
- Haslam, L., Dale, C., Knechtel, L., & Rose, L. (2012). Pain descriptors for critically ill patients unable to self-report. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1082–1089. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05813.x
- Hill, T. L. (2013). *Caring and technology Author ' s Bio*, (2005).
- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Huddleston, Sandra; Furguson, S. (2006). *Emergências Clínicas* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A.
- Internacional Council of Nurses. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão 2). Lusodidacta.
- International Association for the Study of Pain. (2011). Qual é o problema ?, (3), 8–9. Retrieved from [http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1\\_Problem\\_Portuguese.pdf](http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portuguese.pdf)
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. doi:10.1067/mno.2001.110268

- Kolkaba, K. (2003a). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.
- Kolkaba, K. (2003b). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Locsin, R. C. (2005). *Technological Competency as Caring in Nursin: a model for practice*.
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing, 1–6.
- Maria, A., Sallum, C., Garcia, D. M., & Sanches, M. (2010). Dor aguda e crônica : revisão narrativa da literatura, 25, 150–154.
- Marques, M. de fátima A. (2009). *O fenómeno da dor numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2004). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Ministério da Saúde. (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Ministerio da Saúde, & Direcção geral de saude. (1996). Carta dos direitos do doente internado, 1–12.
- Ministério da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor.

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elsevier Ltd.
- Nürnberg Damström, D., Saboonchi, F., Sackey, P. V., & Björling, G. (2011). A preliminary validation of the Swedish version of the critical-care pain observation tool in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(4), 379–386. doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02376.x
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientdor de Boa Prática*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos, 45. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
- Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. F. A. Davis Company, Philadelphia. Retrieved from <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf>

- Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L., & Colin, G. (2011). Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed., pp. 230–251). Loures: Lusociência.
- Rivosecchi, R., Smithburger, P., Svec, S., Campbel, S., & Sandra Kane-grill. (2015). Nonpharmacological interventions to Prevent delirium: an evidence-Based Systematic Review, 35(1).
- Ruivo, M., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: colectânea descritiva de etapas. Retrieved from <http://pt.scribd.com/doc/241273228/Metodologia-de-Projecto#>
- Skrobik, Y. (2008). Pain may be inevitable; inadequate management is not. *Critical Care (London, England)*, 12(2), 142. doi:10.1186/cc6865
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf)
- Society of trauma Nurses. (2013). *Advanced Trauma Care for Nurses: student manual*.
- Swearingen, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (L. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (5.ª Edição).

Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123. doi:10.1016/j.iccn.2014.07.005

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5<sup>a</sup> ed.). Lusodidacta.

**APÊNDICES**

Apêndice I – Cronograma do 3º semestre do curso de mestrado





## Apêndice II – Objetivos de estágio do Serviço de Urgência

Objetivo	Objetivo específico	Atividades	Indicador de Resultados
<p>Desenvolver competências no cuidar do doente crítico, no contexto de urgência, emergência e trauma, em colaboração com a equipa multidisciplinar.</p>	<p>Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do SU e da equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de visita guiada aos vários setores do SU (Triagem, pequena cirurgia, ortopedia, oftalmologia e otorrino, balcões verdes e azuis, balcões amarelos e laranjas, SO's e Salas de emergência e reanimação);</li> <li>- Conhecimento da dinâmica de trabalho de cada setor e os circuitos do doente dentro do SU; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de normas, protocolos e documentos de apoio à prestação de cuidados;</li> </ul> </li> <li>- Conhecimento da dinâmica de trabalho de equipa, ao longo das 24h, através da realização de manhãs, tarde e noites, a prestar cuidados aos doentes do SU;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados à PSC;</li> <li>- Demonstra integração na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados ao doente do SU.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados ao doente crítico.</li> </ul>	
Reconhecer a importância do controlo e gestão da dor na prestação de cuidados à PSC;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Detecção de indicadores fisiológicos e comportamentais de dor na PSC;</li> <li>- Utilização de escala adequada disponível, para monitorização da dor na PSC;</li> <li>- Conhecimento de protocolo/modelo de atuação do serviço no âmbito do controlo e gestão da dor do doente crítico;</li> <li>- Participação na prestação de cuidados à PSC com dor, juntamente com a equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deteta indicadores fisiológicos e comportamentais de dor;</li> <li>- Monitoriza a dor do doente tendo em conta a escala mais adequada disponível no serviço;</li> <li>- Regista a dor do doente do SU, de forma sistemática e contínua em processo clínico;</li> <li>- Colabora proactivamente na gestão e controlo da dor junto do doente crítico;</li> </ul>	
Reconhecer a importância da família enquanto recurso e alvo dos cuidados, na	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação da pessoa significativa;</li> <li>- Detecção de necessidades do doente e da pessoa significativa;</li> <li>- Apoio à pessoa significativa;</li> <li>- Prestação de cuidados ao doente,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolve a pessoa significativa nos cuidados à pessoa, sempre que possível;</li> <li>- Deteta necessidades da família/pessoa significativa;</li> <li>- Apoia a família;</li> </ul>	

	prestação de cuidados à PSC	utilizando o familiar/pessoa significativa como recurso, sempre que possível e necessário.	- Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso.
	Verificar conceitos relacionados com o cuidar da PSC em situações de urgência e emergência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de tempo e prioridades de atuação de acordo com a condição clínica dos doentes, especialmente nas áreas de balcões do SU;</li> <li>- Prestação de cuidados à PSC em tempo útil e de acordo com a lógica de prioridades ABCDE;</li> <li>- Colaboração na gestão de protocolos de atuação complexos – ex. vias verdes, fibrinólise, entre outros;</li> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar na abordagem ao doente crítico, especialmente em situações de reanimação e trauma, nas salas de reanimação/trauma do SU;</li> <li>- Conhecimento do sistema de triagem e o encaminhamento do doente após a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra metodologia de trabalho eficaz, na gestão de tempo e prioridades na prestação de cuidados ao doente do SU;</li> <li>- Identifica prontamente focos de instabilidade;</li> <li>- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;</li> <li>- Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à PSC, de acordo com a lógica de prioridades ABCDE;</li> <li>- Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos – ex. vias verdes, fibrinólise, entre outros.</li> </ul>

		triagem.	
	<p>Prestar cuidados de enfermagem, tendo como base, a qualidade, segurança e a responsabilidade profissional, ética e legal, em colaboração com a equipa;</p>	<p>- Participação na prestação de cuidados à pessoa, tendo em conta os critérios de qualidade e segurança preconizados, no que diz respeito à administração/preparação de terapêutica e hemoderivados, diminuição do risco de infeção;</p> <p>- Atuação de acordo com a Responsabilidade profissional, ética e legal.</p>	<p>- Atua de acordo com critérios de qualidade definidos pelo serviço, princípios de segurança e medidas <i>standard</i> de prevenção e controlo de infeção (lavagem e desinfeção das mãos e uso de EPI's);-</p> <p>- Colabora com a equipa na prestação de cuidados de qualidade;</p> <p>- Reporta eventos em que esteve envolvido, no sentido da redefinição de estratégias que diminuam o risco do doente/profissional de saúde envolvido na prestação de cuidados.</p>

Apêndice III – Objetivos de estágio da Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivo	Objetivo específico	Atividades	Indicador de Resultados
Desenvolver competências no cuidar do doente crítico, no contexto cuidados intensivos, em colaboração com a equipa multidisciplinar.	Conhecer a dinâmica de organização e funcionamento do serviço e da equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de visita guiada ao serviço;</li> <li>-Conhecimento da dinâmica de trabalho da unidade;</li> <li>- Consulta de normas, protocolos e documentos de apoio à prestação de cuidados;</li> <li>- Conhecimento da dinâmica de trabalho de equipa, ao longo das 24h, através da realização de manhãs, tarde e noites, a prestar cuidados aos doentes da unidade;</li> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados ao doente crítico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados à PSC;</li> <li>- Demonstra integração na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados ao doente crítico.</li> </ul>
	Reconhecer a importância do controlo e gestão da dor na	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deteção de indicadores fisiológicos e comportamentais de dor na PSC;</li> <li>- Utilização de escala adequada disponível, para monitorização da dor na</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deteta indicadores fisiológicos e comportamentais de dor;</li> <li>- Monitoriza a dor do doente tendo em conta a escala mais adequada disponível no serviço;</li> </ul>

	prestação de cuidados à PSC;	<p>PSC;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento de protocolo/modelo de atuação do serviço no âmbito do controlo e gestão da dor do doente crítico;</li> <li>- Participação na prestação de cuidados à PSC com dor, juntamente com a equipa multidisciplinar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regista a dor do doente do SU, de forma sistemática e contínua em processo clínico;</li> <li>- Colabora proactivamente na gestão e controlo da dor junto do doente crítico;</li> </ul>
	Reconhecer a importância da família enquanto recurso e alvo dos cuidados, na prestação de cuidados à PSC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação da pessoa significativa;</li> <li>- Detecção de necessidades do doente e da pessoa significativa;</li> <li>- Apoio à pessoa significativa;</li> <li>- Prestação de cuidados ao doente, utilizando o familiar/pessoa significativa como recurso, sempre que possível e necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolve a pessoa significativa nos cuidados à pessoa, sempre que possível;</li> <li>- Deteta necessidades da família/pessoa significativa;</li> <li>- Apoia a família;</li> <li>- Presta cuidados à pessoa, utilizando a família como recurso.</li> </ul>
	Verificar conceitos relacionados com o cuidar da PSC em	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão de tempo e prioridades de atuação de acordo com a condição clínica dos doentes;</li> <li>- Prestação de cuidados à PSC em tempo útil e de acordo com a lógica de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra metodologia de trabalho eficaz, na gestão de tempo e prioridades na prestação de cuidados ao doente;</li> <li>- Prevê situações potencialmente críticas, através da vigilância sistemática do doente;</li> </ul>



	<p>situações de urgência, emergência e de falência múltipla de órgãos.</p>	<p>prioridades ABCDE;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração na gestão de protocolos de atuação complexos – protocolos de sedação e gestão da dor; controlo de glicémia, entre outros.</li> <li>- Colaboração com a equipa multidisciplinar na abordagem e tratamento do doente crítico;</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequa a tecnologia e os recursos, às necessidades da pessoa;</li> <li>- Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;</li> <li>- Colabora com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à PSC, de acordo com a lógica de prioridades ABCDE;</li> <li>- Colabora na gestão de protocolos de atuação complexos – ex. protocolos de sedação e gestão da dor; controlo de glicémia, entre outros.</li> <li>- Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos;</li> <li>- Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;</li> <li>- Colabora na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica;</li> </ul>
--	--	--	---

	<p>Prestar cuidados de enfermagem, tendo como base, a qualidade e segurança, em colaboração com a equipa;</p>	<p>- Participação na prestação de cuidados à pessoa, tendo em conta os critérios de qualidade e segurança preconizados, no que diz respeito à administração/preparação de terapêutica e hemoderivados, diminuição do risco de infeção;</p>	<p>- Atua de acordo com critérios de qualidade definidos pelo serviço, princípios de segurança e medidas <i>standard</i> de prevenção e controlo de infeção (lavagem e desinfeção das mãos e uso de EPI's);</p> <p>- Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção;-</p> <p>- Colabora com a equipa na prestação de cuidados de qualidade;</p> <p>- Participa ativa e proactivamente na tomada de decisão da equipa multidisciplinar;</p> <p>- Reporta eventos em que esteve envolvido, no sentido da redefinição de estratégias que diminuam o risco do doente/profissional de saúde envolvido na prestação de cuidados.</p> <p>- Intervém, melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a</p>

			<p>variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elabora um planeamento de cuidados à PSC, fundamentado na evidência;</li><li>- Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde;</li></ul>
--	--	--	---

	<p>Prestar cuidados de enfermagem, tendo como base, a responsabilidade profissional, ética e legal, em colaboração com a equipa;</p>	<p>- Atuação de acordo com a Responsabilidade profissional, ética e legal.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desenvolve estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente, sempre que possível;</li><li>- Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida, o respeito à privacidade, valores, costumes e crenças individuais de grupos;</li><li>-- Reconhece quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde;</li></ul>
--	--	--	---

Apêndice IV – Objetivos de estágio no âmbito da gestão da Unidade de  
Cuidados Intensivos e Intermédios

Objetivo	Objetivos específicos	Atividades	Indicadores de resultado
<p>Desenvolver competências nos domínios da gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais</p>	<p>Colaborar na otimização do processo de cuidados, ao nível da tomada de decisão, em articulação com a equipa multidisciplinar.</p>	<p>Observação do contexto e da prática de prestação de cuidados da equipa multidisciplinar;</p> <p>Colaboração na identificação de oportunidades de melhoria e soluções alternativas;</p> <p>Colaboração na gestão de recursos humanos e materiais, tendo em conta a qualidade, a segurança, as situações e o contexto;</p> <p>Colaboração no planeamento de ações de formação, com base na avaliação das necessidades da pessoa/família/equipa de</p>	<p>Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar;</p> <p>Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade e dos cuidados;</p> <p>Participa na gestão de recursos de forma a garantir uma prestação de cuidados de qualidade;</p> <p>Colabora no diagnóstico de necessidades formativas;</p> <p>Realiza pelo menos uma sessão formativa, tendo em vista a otimização da</p>

		profissionais, detetadas;	prática de cuidados.
--	--	---------------------------	----------------------

Apêndice V – Plano de sessão de formação realizada na Unidade de Cuidados  
Intensivos e Intermédios



# **PLANO DE SESSÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO**

## *A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR*

### **1. IDENTIFICAÇÃO DA ACÇÃO**

Tema: A pessoa em situação crítica adulta com dor

Data: dia 16 de Dezembro, às 15h30.

Duração da sessão: 30 minutos.

Local: Gabinete 2, da UCI\_UCIP

Destinatários: Enfermeiros de Cuidados Intermédios e intensivos.

Formador: Joana Teixeira

### **2. OBJECTIVOS GERAIS:**

No final da sessão os formandos deverão ser capazes de:

- Recordar a importância do desenvolvimento desta temática para uma prática de prestação de cuidados de qualidade à Pessoa em Situação Crítica.
- Sensibilizar para a reflexão sobre a prática de cuidados nesta área e estratégias de melhoria a desenvolver.

### **3. PRÉ-REQUISITOS:**

- Ser enfermeiro;
  - Prestar cuidados em Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios;
- Conhecer as escalas de monitorização da dor em utilização no serviço.

#### **4. RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL A UTILIZAR:**

- Computador;
- Projector de vídeo;
- Apresentação PowerPoint;

#### **5. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:**

- Introdução e objetivos da apresentação;
- Pertinência do tema;
- Escalas de monitorização da dor na PSC e critérios de aplicabilidade;
- Apresentação do projeto;
- Síntese final;

#### **6. METODOLOGIA:**

- Expositivo conciliado com o método Interrogativo;
- Ativo: técnica *brainstorming*.

#### **7. AVALIAÇÃO:**

Avaliação Diagnóstica: Formulação de questões orais sobre o conhecimento das escaals aplicadas na UCI/UCIP.

Avaliação Formativa: Formulação de questões orais sobre a importância da gestão da dor na pessoa em situação crítica e sobre a importância dos registos de enfermagem, de forma a obter feedback acerca do processo de aprendizagem.

## 8. ASPETOS A CONSIDERAR

CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS DIDÁTICOS/MATERIAL	AVALIAÇÃO	TEMPO
(Introdução) <b>Pertinência do Tema</b>	Método espositivo: Expor a pertinência do tema, com recurso a apresentação powerpoint;	Projektor de vídeo; Computador; apresentação em powerpoint.	<b>Questões aos participantes</b>	5 min.
(Desenvolvimento)  <b>Monitorização da dor - Tipos de escalas e critérios de aplicabilidade</b>	Método expositivo /interrogativo/ Ativo  Apresentação das escalas de monitorização da dor, em uso, na UCI/UCIP;  Utilização de técnica de Brainstorming para os formandos sugerirem dificuldades/alternativas para	Projector de vídeo; Computador; apresentação em powerpoint;	<b>Questões aos participantes</b>	15 min.

<p><b>Apresentação do projeto</b></p>	<p>monitorizar a dor em doentes com alterações de consciência não ventilados;</p> <p>Apresentação do projeto através do PowerPoint;</p>			
<p>(Conclusão)</p> <p><b>Síntese Final com ênfase nos pontos-chave;</b></p> <p><b>Período para esclarecimento de questões.</b></p>	<p>Método expositivo/interrogativo</p> <p>Realização de síntese final com recurso a apresentação PowerPoint e solicitação da participação dos formandos através da técnica de questões.</p>	<p>Projector de vídeo ;</p> <p>Computador;</p> <p>apresentação em powerpoint;</p>	<p><b>Questões aos participantes;</b></p>	<p>2 + 8 min</p>

## 9. FOLHA DE REGISTO DE PRESENÇAS

**Tema da Sessão:** A pessoa em situação crítica adulta com dor

**Formador:** Joana Ferreira Teixeira

**Data/hora:** dia 16 de Dezembro, às 15H30

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

## 10. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

### 10.1 Identificação da sessão de formação

**Tema:** A Pessoa em situação crítica adulta com dor

**Formador:** Joana Ferreira Teixeira

**Data/hora:** dia 16 de Dezembro às 15h30.

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

### 10.2 Apreciação global

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

### 10.3 Avaliação do Impacto da formação

	1	2	3	4
Esta sessão permitiu adquirir novos conhecimentos				
O conteúdo desta sessão é útil para o exercício das minhas funções				

Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar a prestação de cuidados à pessoa doente				
Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para a melhoria do meu desempenho profissional				

#### 10.4 Avaliação do formador

	1	2	3	4
O formador revelou dominar o assunto				
A metodologia utilizada foi adequada				
A exposição dos assuntos foi clara				
A relação estabelecida com os formandos foi positiva				

#### 10.5 Sugestões/críticas

Obrigada!

Joana Ferreira

Apêndice VI – Apresentação da formação elaborada na Unidade de Cuidados  
Intensivos e Intermédios



5º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR



Aluna: Joana Ferreira  
Orientador: Professora Cândida Durão  
16 de Dezembro de 2015



5º Curso de Mestrado em Enfermagem:  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR

### - OBJETIVOS -





## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR - PERTINÊNCIA -

- ✓ Dor aguda frequente (Swearingen & Keen, 2005);
- ✓ O controlo da dor = indicador de qualidade (OE, 2011);
- ✓ A DGS equipara a dor ao “5º sinal vital “ (Ministério da saúde, 2008);
- ✓ Dor desvalorizada (SPCI, 2012);
- ✓ O não controlo da dor repercute-se no estado geral (Urden, Stacy, & Lough, 2008);
- ✓ O controlo da dor reduz risco de complicações, promove conforto e qualidade (OE, 2008);

3



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR - EVIDÊNCIA -



- ✓ Avaliar, intervir e reavaliar (Kolkaba, 2003; Tomey & Alligood, 2002; Skrobik, 2008);
- ✓ As escalas *BPS* e *CPOT* são as mais adequadas (Marques, 2009);
- ✓ Falta evidência sobre eficácia das intervenções não farmacológicas (Skrobik, 2008);
- ✓ Bólus de analgesia antes de procedimentos (Paulus et al., 2013);
- ✓ Registos (Skrobik, 2008)!!
- ✓ Gestão da dor, gestão da sedação e *delirium* (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012);
- ✓ A avaliação sistemática da dor e o seu tratamento, reduzem a duração do tempo de ventilação mecânica e o tempo de internamento (Haslam, Dale, Knechtel, & Rose, 2012).

4

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR

### - GESTÃO DA DOR -

Auto-Avaliação	• O paciente faz a Auto-Avaliação da dor
Causas Potenciais de Dor	• Procurar Causas Potenciais de dor
Observação Comportamental	• Observar comportamentos/indicadores
Observação da Família	• A família identifica comportamentos
Intervenções farmacológicas e não farmacológicas	• Titulação analgésica, sedação + intervenções autónomas/não farmacológicas
Reavaliação	• Reavaliar sistematicamente

5

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR

### - MONITORIZAÇÃO DA DOR NA UCI/UCIP-

Auto-avaliação

Hetero-avaliação ou Escalas Comportamentais de Dor

6

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR - MONITORIZAÇÃO DA DOR -

- Escala numérica

Auto-avaliação



7

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR - MONITORIZAÇÃO DA DOR -

- *Behavioral pain Scale (BPS)*

- ✓ Expressão facial
- ✓ Membros Superiores/Inferiores
- ✓ Adaptação ventilatória

Hetero-avaliação ou  
Escala Comportamentais de Dor

**OBJECTIVO: Score <4**

8

Doentes com alterações  
de consciência, não  
ventilados???



9

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR – CRITICAL CARE PAIN OBSERVATION TOOL (CPOT) -

Item	Descrição	Pontuação
<b>EXPRESSÃO FACIAL</b>	Não se observa tensão muscular – Relaxado.	0
	Presença de franzimento/descalçamento das sobrancelhas, tensão da órbita e contração do músculo orbicular – Tenso.	1
	Todos os movimentos faciais referidos acima e ainda as pálpebras fortemente fechadas – A fazer caretas.	2
<b>MOVIMENTOS DO CORPO</b>	Não há movimento (não significa necessariamente ausência de dor).	0
	Movimentos cautelosos e lentos; toca ou esfrega o local da dor, procura chamar a atenção através de movimentos – Protecção.	1
	Tira o tubo, senta-se, mexe os membros/bato, não segue as ordens, estingo o pessoal, tenta saltar da cama – Inquieto.	2
<b>TENSÃO MUSCULAR</b>	Não apresenta resistência aos movimentos passivos – Relaxado.	0
	Resiste a movimentos passivos – Tenso.	1
	Forte resistência aos movimentos passivos, incapacidade para completá-los – Muito tenso ou rígido.	2
<b>TELÉRANCIA AO VENTILADOR (doentes entubados) OU</b>	Os alarmes não são activados, ventilação fácil – Tolerar o ventilador.	0
	O alarme dispara espontaneamente – Tosse mas tolera o ventilador.	1
	Assíncrono: bloqueia a ventilação, alarmes frequentemente activados – Luta contra o ventilador.	2
<b>VOCALIZAÇÃO (doentes extubados)</b>	Fala num tom normal ou não emite som.	0
	Suspira, senta-se.	1
	Choro, soluço.	2
<b>TOTAL da Escala Observação da Dor (0 -8)</b>		

10

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR

### - PROJETO: VALIDAÇÃO CPOT -

Vantagem

Monitorização da dor em doentes  
ventilados e não ventilados



11

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR

### - SÍNTESE -



## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR - QUESTÕES/SUGESTÕES -



13

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR - BIBLIOGRAFIA -

- Arrecciado Marañón, a, Estorach Querol, M. J., & Ferrer Francés, S. (2010). The nurse expert in the care of the critical patients according to Patricia Benner. *Enfermería Intensiva / Sociedad Española de Enfermería Intensiva Y Unidades Coronarias*, 22(3), 112–116. doi:10.1016/j.enfi.2010.11.004
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 70(1), 53–8. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Barreira, A., & Gomes, O. (2008). Avaliação e Registo da Dor: Um imperativo em Enfermagem Introdução Definição de Dor. *Pain*.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 9), 7–16. doi:10.12707/RIII12108
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2ª ed.). Springer Publishing Company.
- Daniela Cunha. (2011). Instrumentos de Avaliação da Dor em Doentes com alteração da consciência: uma Revisão Sistemática.
- Direção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/006185.pdf>
- Direção Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores de Dublin. Retrieved from <http://www.dges.mctes.pt/DGES/Template/ConteudoImpressao.aspx?GUID={36620050-F63C-4C1B-BF57-1945F686873D}>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objectivos e competências do CMEPSC, 1. Retrieved from <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0E-CBA6-4C1F-B38C-65E531525C4C/0/Objectivoscompetenciasportal.pdf>
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). *Dor e Analgesia no doente Crítico* (Vol. 2). Retrieved from <http://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>
- Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. Retrieved from <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>.
- Hill, T. L. (2013). *Caring and technology Author 's Bio*, (2005).

14

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR

### - BIBLIOGRAFIA -

- Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Huddleston, Sandra; Furguson, S. (2006). *Emergências Clínicas* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A.
- Internacional Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem\_versão 1.0.pdf*.
- Internacional Council of Nurses. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão 2). Lusodidacta.
- International Association for the Study of Pain. (2011). Qual é o problema ?. (3). 8–9. Retrieved from [http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1\\_Problem\\_Portuguese.pdf](http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portuguese.pdf)
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. doi:10.1067/mno.2001.110268
- Kolkaba, K. (2003a). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kolkaba, K. (2003b). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.
- Locsin, R. C. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing, 1–6.
- Maria, A., Sallum, C., Garcia, D. M., & Sanches, M. (2010). Dor aguda e crônica : revisão narrativa da literatura, 25, 150–154.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem* (NIC).
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi:10.1097/00012272-200009000-00006
- Ministerio da Saúde, & Direcção geral de saúde. (1996). Carta dos direitos do doente internado, 1–12.
- Ministério da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor.
- Ministério da Saúde. (2015). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem*. Elsevier Ltd.
- Närnberg Damström, D., Saboonchi, F., Sackey, P. V., & Björling, G. (2011). A preliminary validation of the Swedish version of the critical-care pain observation tool in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(4), 379–386. doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02376.x
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa (PT): *Divulgar*, 24. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar/padrones de qualidade dos cuidados.pdf>

## A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA ADULTA COM DOR

### - BIBLIOGRAFIA -

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos, 45. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
- Parker, M. (2001). *Nursing Theories and Nursing Practice*. F. A. Davis Company, Philadelphia. Retrieved from <http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archive/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf>
- Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L., & Collin, G. (2011). Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed., pp. 230–251). Loures: Lusociência.
- Ruivo, M., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: colectânea descritiva de etapas. Retrieved from <http://pt.scribd.com/doc/241273228/Metodologia-de-Projecto#>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf)
- Swearingen, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Lusociência.
- Tomey, A. M., & Allgood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusociência.
- Tomey, A. M., & Allgood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (L. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (5.ª Edição).
- Tunlind, A., Granström, J., & Engström, Å. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), 116–123. doi:10.1016/j.iccn.2014.07.005
- Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª ed.). Lusodidacta.



Apêndice VII – Relatório de formação realizada na Unidade de Cuidados  
Intensivos e Intermédios

## RELATÓRIO DE FORMAÇÃO

No dia 16 de Dezembro de 2015, foi realizada a formação com o tema – a Pessoa em situação crítica adulta com dor -, na UCI/UCIP de um Hospital de Lisboa.

Esta formação foi planeada tendo em conta as necessidades detetadas no serviço no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico com dor e teve como objetivo a reflexão sobre a prática de cuidados neste âmbito e discussão de estratégias de melhoria a desenvolver, onde também foi apresentada uma ideia de projeto a desenvolver, tendo em vista a otimização das práticas nesta área.

Foi convocada toda a equipa de enfermagem, mediante a exposição de um cartaz de divulgação da formação. Estiveram presentes seis enfermeiros, que se mostraram recetivos á discussão do tema e que, conforme resultados obtidos pela aplicação de questionários de avaliação da formação, consideraram-na bastante pertinente e útil para a melhoria do seu desempenho profissional e dos cuidados prestados ao doente crítico.

Enquanto formadora, considero que foi um importante momento de reflexão e uma oportunidade de apresentação do projeto de investigação que pretendo desenvolver, relativo á validação de uma escala de monitorização de dor, para doentes críticos, com alterações de consciência, não ventilados, que pode colmatar algumas lacunas na prestação de cuidados à Pessoa em situação crítica com dor, ainda existentes.

Senti que a equipa se mostrou recetiva e disponível e que, o facto de já ter trabalhado e de conhecer os seus elementos e de já ter participado anteriormente no projeto de validação da escala comportamental de dor (BPS) no hospital, facilitaram esse processo e ajudaram a tornar o ambiente favorecedor da aprendizagem.

Considero que, em sessões futuras, seria interessante envolver a equipa médica, uma vez que o objetivo é a complementaridade, uniformização e otimização das práticas da equipa multidisciplinar à pessoa em situação crítica.

Apêndice VIII – Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

# PROTOCOLO DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

## **Título da Revisão**

Monitorização da dor na pessoa em situação crítica – uma revisão integrativa de literatura

## **Revisores**

Joana Ferreira Teixeira

Professora Cândida Durão

## **Instituição onde é conduzida a revisão**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

## **Questão de Revisão**

**P** – Pessoa em Situação Crítica (PSC)

**I** – escalas de monitorização da dor/indicadores de dor

**C** –

**O**- gestão da dor

Quais as escalas de monitorização da dor (I) a utilizar e os indicadores de dor a ter em consideração, para a promover a gestão da dor (O) na Pessoa em situação crítica (P)?

## **Objetivo**

Conhecer as escalas adequadas e indicadores a utilizar na monitorização da dor da Pessoa em situação crítica, tendo como finalidade a gestão e controlo da dor.

## **Enquadramento Teórico**

A dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica (PSC) e a sua manifestação está relacionada, quer com a patologia de base que motivou o seu internamento no SU e UCI, quer relacionada com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que é sujeita. A experiência vivenciada pelo doente é ainda agravada, pela dificuldade de comunicação, pelo medo e ansiedade e repercute-se no seu estado geral, manifestando-se através de alterações ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urden, Stacy, & Lough, 2008). Assim, o controlo da dor na PSC, pode levar à diminuição do risco de complicações, o que justifica a prioridade na sua avaliação e tratamento.

A dor é uma das áreas de atenção relevante para a prática de enfermagem, sendo definida como uma experiência subjetiva de sofrimento com impacto nas várias dimensões do bem-estar da pessoa (Internacional Council of Nurses, 2010). Esta, torna-se consciente (nociceção), segundo quatro processos – transdução, transmissão, perceção e modulação (Urden et al., 2008). Importa salientar que, embora existam vários tipos de dor, quando falamos da PSC, devido à patologia que motivou o internamento e aos inúmeros procedimentos invasivos e não invasivos a que está sujeita, falamos maioritariamente de dor aguda, que está habitualmente relacionada com um acontecimento patológico, é autolimitada e possui uma importante função fisiológica de aviso, existindo claramente uma resposta do organismo a um agente agressor, o que se traduz numa necessidade de vigilância sistemática; tem um início repentino e uma duração transitória (Howard & Steinmann, 2011).

A PSC pode estar consciente e orientada, ter alterações de consciência por sedação ou não, e/ou alterações da comunicação por presença de tubo-oro-traqueal ou por outras condições relacionados com a sua situação fisiopatológica (Nürnberg Damström, Saboonchi, Sackey, & Björling, 2011). A gestão e controlo da dor nestes doentes implica a vigilância e monitorização, o que requer o uso de escalas de monitorização da dor. As escalas de monitorização da dor permitem identificar a intensidade da dor do indivíduo, implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas e avaliar a sua eficácia. Existem escalas de auto e heteroavaliação. As escalas de autoavaliação, permitem que seja o próprio indivíduo a verbalizar o grau da sua dor. São elas, a Escala numérica, a Escala visual analógica, a Escala descritiva verbal e a Escala de faces (Tomey & Alligood, 2002).

A dificuldade na monitorização da dor surge quando estamos perante a PSC, habitualmente com alterações de consciência, por sedação ou não, que apresenta alterações da comunicação verbal, normalmente por presença de tubo oro-traqueal ou até mesmo por ventilação não invasiva contínua. Nestes doentes, o enfermeiro pode basear-se na observação dos indicadores fisiológicos e comportamentais da dor. Os fisiológicos, consistem no aumento dos valores da frequência cardíaca, tensão arterial, dióxido de carbono no final da expiração, presença de sudação, palidez e dilatação pupilar, podendo também existir aumento ou diminuição da frequência respiratória e diminuição da sua profundidade (Urden et al., 2008). Os indicadores comportamentais consistem na observação da expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular, adaptação ao ventilador a presença de sons ou vocalizações (Urden et al., 2008). As escalas que contemplam estes indicadores são denominadas escalas comportamentais de dor e são um importante instrumento de monitorização e avaliação da dor em cuidados críticos (Urden et al., 2008).

O controlo e gestão da dor na PSC, envolve não só a avaliação e monitorização da dor, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não

farmacológicas) para o seu tratamento (Ferreira et al., 2014; Internacional Council of Nurses, 2010).

### **Pertinência do estudo**

A dor nem sempre é valorizada na medida da sua importância, dadas as prioridades de intervenção ao doente crítico (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2012). No entanto, o seu tratamento adequado é um direito de todo o doente internado (Ministerio da Saúde & Direcção geral de saúde, 1996), sendo consensual o impacto que a dor tem no aumento do risco de complicações e diminuição do conforto e bem-estar do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Urden et al., 2008). Por outro lado, mesmo quando existe uma intervenção efetiva nesta área, denotam-se lacunas em algumas áreas relacionadas com a gestão da dor, sendo evidenciadas por alguns autores, a ausência de avaliação/monitorização sistemática da dor (Barreira & Gomes, 2008; Maria, Sallum, Garcia, & Sanches, 2010). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), o sucesso da estratégia terapêutica direcionada à pessoa com dor, depende da sua avaliação e monitorização sistemática, que possibilite ao enfermeiro o ajuste do plano de tratamento, quando o alívio da dor é inadequado (Ministério da Saúde, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Assim, conhecer as escalas adequadas para monitorizar a dor na PSC e utilizá-las correctamente na prestação de cuidados efetiva à PSC, contribui quer para o aumento do conforto, estabilidade e bem-estar do doente, quer para uma maior humanização e qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

### **Crítérios de inclusão**

Esta revisão considera estudos que incluam:

Tipo de Participantes:



- Doentes críticos com idades superiores ou iguais a 19 anos, uma vez existem escalas de uso exclusivo para crianças devido à grande variabilidade de comportamentos que apresentam, face à dor (Sarmiento et al., 2013);
- Doentes críticos com alterações de consciência, por sedação ou devido à sua condição fisiopatológica, que o impeçam de auto-relatar a sua dor (Nürnberg Damström et al., 2011).

#### Tipo de Intervenção:

- Estudos que refiram a utilização de escalas/instrumentos/indicadores de monitorização da dor (Kolkaba, 2003; Tomey & Alligood, 2002);

#### Tipo de Resultados:

- Esta revisão irá considerar todos os estudos que incluam, como resultados, a gestão da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

#### Tipos de Estudo:

- Serão considerados para esta revisão, todos os tipos de documentos, publicados ou não publicados a que se tenha acesso.

#### **CrITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- São excluídos todos os artigos publicado antes do ano de 2003, pelo facto deste ter sido o ano em que a dor foi, pela primeira vez, valorizada e equiparada aos restantes sinais vitais, no que diz respeito à necessidade de vigilância e registo sistemático (Dgs, 2003).
- Excluídos todos os artigos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente.

## **Estratégia de Pesquisa**

A pesquisa terá como finalidade, encontrar trabalhos publicados nas bases de dados *MEDLINE*, *CINAHL* e *COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS*. Terá também em consideração a pesquisa de trabalhos não indexados/publicados disponíveis em bibliotecas, literatura cinzenta. No que diz respeito à pesquisa nas bases de dados, primeiramente serão introduzidos os termos de pesquisa, em linguagem natural, para a identificação dos descritores específicos de cada uma das bases de dados, sendo considerados como termos/palavras-chave, as seguintes: critically ill patients (P), critical illness (P), Critical patient (P), acute patient (P), severe patient (P), pain scales (I), pain instruments (I), pain measurement (I) pain assessment (I), Instrument scaling (I), pain management (O), pain evaluation (O), pain control (O), pain control behaviour (O), pain relief (O), pain level (O).

## **Método de Revisão e colheita de dados**

Após obtenção de resultados pelo cruzamento das palavras-chave/descriptores específicos, será realizada uma leitura do título e *abstract*/resumo dos artigos, seguida de leitura integral, para verificação da sua relevância e adequação, tendo em conta o objeto de estudo, os critérios de inclusão e de exclusão.

## **Síntese e apresentação de resultados**

Será elaborado um instrumento (tabela) para caracterização dos estudos, tendo em conta os seguintes parâmetros: título, autor, ano, características metodológicas do documento, objetivos do documento, principais resultados e conclusões, limitações e recomendações.

## Conflito de Interesses

Os revisores referem não existir conflitos de interesses.

## Bibliografia

Barreira, A., & Gomes, O. (2008). Avaliação e Registo da Dor : Um imperativo em Enfermagem Introdução Definição de Dor. *Pain*.

Dgs. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa: Ministério Da Saúde*, 1–4.

Direção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento . Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). *Dor e Analgesia no doente Crítico* (Vol. 2). Retrieved from <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1383/1/95-213-1-SM.pdf>

Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. Retrieved from <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>.

Howard, P., & Steinmann, R. (2011). *Enfermagem de urgência: da teoria à prática* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Huddleston, Sandra; Furguson, S. (2006). *Emergências Clínicas* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S.A.

Internacional Council of Nurses. (2005). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem\_ versão 1.0.pdf*.

Internacional Council of Nurses. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Versão 2). Lusodidacta.

- International Association for the Study of Pain. (2011). Qual é o problema ?, (3), 8–9. Retrieved from [http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1\\_Problem\\_Portuguese.pdf](http://www.aped-dor.org/images/FactSheets/DorAguda/pt/1_Problem_Portuguese.pdf)
- Kolkaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Maria, A., Sallum, C., Garcia, D. M., & Sanches, M. (2010). Dor aguda e crônica : revisão narrativa da literatura, 25, 150–154.
- Ministerio da Saúde, & Direcção geral de saude. (1996). Carta dos direitos do doente internado, 1–12.
- Ministério da Saúde, & Direcção-Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor.
- Mnistério da Saúde. (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Nürnberg Damström, D., Saboonchi, F., Sackey, P. V., & Björling, G. (2011). A preliminary validation of the Swedish version of the critical-care pain observation tool in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(4), 379–386. doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02376.x
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia Orientdor de Boa Prática*. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L., & Colin, G. (2011). Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed., pp. 230–251). Loures: Lusociência.

Sarmiento, P., Marcos, A., Fonseca, C., Marques, M., Lemos, P., & Vieira, V. (2013). Recomendações para o tratamento da dor aguda Pós-operatória em cirurgia ambulatória, 1–24.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Retrieved from [http://www.spci.pt/Docs/Relatorio\\_Final\\_GAD.pdf](http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf)

Swearingen, P., & Keen, J. (2005). *Manual de Enfermagem em Cuidados Intensivos: intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes* (4ª ed.). Lusociência.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Lusociência.

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos* (5ª ed.). Lusodidacta.

**ANEXOS**

Anexo I – Escalas comportamentais de monitorização da dor

## Escala Comportamental de Dor (Adaptado de BPS de Payen et al, 2001)

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



**Escala Comportamental de Dor – CPOT (URDEN, [ET AL], 2008)**

<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Escala de Medição</b>
<b>Expressão Facial</b>	Relaxado ou neutro	0
	Tenso	1
	Esgares	2
<b>Movimentos Corporais</b>	Ausência de movimentos	0
	Proteção	1
	Inquietação	2
<b>Tensão Muscular (flexão e extensão dos membros superiores)</b>	Relaxado	0
	Tenso/rígido	1
	Muito tenso/muito rígido	2
<b>Adesão ao ventilador (para doentes entubados orotraquealmente)  Ou  Vocalizações (para doentes extubados)</b>	Tolerância ao movimento	0
	Tosse mas tolera	1
	Luta com o ventilador	2
	Fala normalmente ou ausência de sons	0
	Gemidos/suspiros	1
	Gritos/soluções	2

Anexo II – Certificado de participação nas Jornadas da Unidade de dor do  
Hospital Garcia de Orta

# 14<sup>o</sup> CONVÊNIO ASTOR

23<sup>as</sup> JORNADAS DA UNIDADE DOR  
HOSPITAL GARCIA DE ORTA



## Certificado

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

**JOANA MOREIRA FERREIRA TEIXEIRA**

*participou no Convénio da Astor,  
23<sup>as</sup> Jornadas da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta,  
realizadas no dia 29 de Janeiro de 2016,  
na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.*

*Lisboa, 29 de Janeiro de 2016*

A Organização

Dr. Manuel Pedro

Faculdade de Medicina Dentária  
Universidade de Lisboa  
29 JANEIRO 2016

Anexo III – Diploma de realização do curso Suporte avançado de vida em  
Queimados (SAVQ)



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de Julho

Certifica-se que **Joana Moreira Ferreira Teixeira**, nascida em 02-02-1985, com o Número de Identificação Civil 12723996, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

### Suporte Avançado de Vida Queimados (SAVQ)

que decorreu no dia 04-11-2015, com a duração de 8 horas.

Linda a Velha, 4 de novembro de 2015

O Responsável pela Ocean Medical,

Francisco Tavares de Castro

O Responsável pelo SAVQ,

Tiago Miguel Ferreira do Amaral



ENTIDADE  
FORMADORA  
CERTIFICADA  
DREQP

ocean  
medical

Certificado nº 15172-8/2015

Validade: 5 anos

Blue Ocean Medical, Lda.  
Escritório: Largo da Lagoa, 7 C • 2795-116 Linda a Velha • Portugal  
Sede: Rua Dr. Jacinto Soares de Albergaria, 28 • 9500-186 Ponta Delgada • Portugal  
Capital Social: 5000 Euros • Pessoa Colectiva e Matricula na CRC de Ponta Delgada nº 512 106 088  
[info@ocean-medical.pt](mailto:info@ocean-medical.pt) • [www.ocean-medical.pt](http://www.ocean-medical.pt)

Anexo IV – Diploma de realização do curso Suporte Avançado de Vida (SAVC)



## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Portaria nº 474/2010 de 8 de Julho

Certifica-se que **Joana Moreira Ferreira Teixeira**, nascida em 02/02/1985, com o Número de Identificação Civil 12723996, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

### Suporte Avançado de Vida

(*ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support*)

da *American Heart Association*, que decorreu de 29/09/2015 a 30/09/2015, com a duração de 16 horas.

Linda-a-Velha, 30 de setembro de 2015

O Responsável pela Ocean Medical,

Francisco Tavares de Castro



Certificado nº 15130-6/2015

Validade: American Heart Association 2 anos / INEM 5 anos

Blue Ocean Medical, Lda.  
Escritório: Largo da Lagoa, 7 C • 2795-116 Linda a Velha • Portugal  
Sede: Rua Dr. Jacinto Soares de Albergaria, 28 • 9500-186 Ponta Delgada • Portugal  
Capital Social: 5000 Euros • Pessoa Colectiva e Matrícula na CRC de Ponta Delgada nº 512 106 088  
[info@ocean-medical.pt](mailto:info@ocean-medical.pt) • [www.ocean-medical.pt](http://www.ocean-medical.pt)

Anexo V – Diploma de realização do curso de Suporte Avançado de vida em  
Trauma (ATLS/ATCN)





Continuing Education Certificate  
Society of Trauma Nurses

**Advanced Trauma Care  
for Nurses<sup>®</sup>**  
Student Course

CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL  
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE XAVIER

LISBOA

14 a 16 de Novembro de 2014

JOANA MOREIRA FERREIRA TEIXEIRA

Cândida Durão  
Course Director

STN is a licensed continuing education provider in the State of California Board of Registered Nursing. Provider Number CEP 11062 This course has been approved for 25 hours of credit.

Anexo VI – Diploma da realização do Curso *Fundamental Disaster Management* (FDM)

**Fundamental Disaster Management Course  
Certificate of Successful Completion**

*awarded to*

**Joana Teixeira**

in Recognition of successful completion of the Fundamental Critical Care Support Provider Course

*presented by*

**Society of Critical Care Medicine**

May 8, 2015



Dennis E. Amundson, DO, FCCM  
Chair, FDM Steering Committee



Fundamentals of Disaster Management

Certificate #: 80908-9D1F35



THIS DOCUMENT HAS VARIOUS SECURITY FEATURES INCLUDING SECURITY PAPER, MICROFILM, MICRODOTS, MICROSCOPY, & WATERMARK

Anexo VII – Certificado de participação nas Jornadas da ESEL: a PSC –  
perspetivas e desafios em Enfermagem e 3º Encontro de Enfermagem de  
Emergência



## CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que

**Joana Moreira Ferreira Teixeira**

---

participou nas II Jornadas AEESEL: "*A Pessoa em Situação Crítica: Perspetivas e Desafios em Enfermagem*", que se realizou na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nos dias 20 e 21 de junho de 2015.

*Carolina Fernandes*

---

P'la Comissão Organizadora  
das Jornadas AEESEL

  
SOCIEDADE PORTUGUESA DE  
CUIDADOS INTENSIVOS

  
**AEESEL**  
associação de estudantes da escola superior de enfermagem de lisboa

Lisboa, julho de 2015

# 3º encontro de enfermagem de emergência



1º encontro de enfermeiros especialistas em Pessoa em situação crítica



## Certificado Participação

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no  
3º Encontro de Enfermagem de Emergência |  
1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,  
promovida nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, na  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Parque das Nações



**Joana Moreira Teixeira Ferreira**

O Presidente da  
Associação Portuguesa de Enfermeiros:

### Patrocínios:



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NOROESTE, EPE



Anexo VIII – Certificado de participação no XVIII Congresso Nacional de  
Medicina Intensiva



EMERGÊNCIA, URGÊNCIA  
E MEDICINA INTENSIVA

spd  
SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS

**XVIII CONGRESSO NACIONAL  
DE MEDICINA INTENSIVA**

10 a 12 de Maio de 2015 Hotel Tivoli Oriente, Lisboa

## CERTIFICADO

Certificamos que Joana Ferreira Teixeira esteve presente *XVIII Congresso Nacional de Medicina Intensiva*, realizado pela **Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos**, de 10 a 12 de Maio de 2015, em Lisboa.

Lisboa, 12 de Maio de 2015.



Dr. Antero Fernandes

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos



Anexo IX – Estado de submissão do artigo de Revisão Integrativa de Literatura

Posta académica - Internet Explorer

https://hdl.handle.net/10411/10411

Posta académica

Joana Moreira Ferreira Teixeira  
2016-05-01 02:17

Fichero Revista Referência

PT | EN | ES

### RIV16026ARI - Monitorização da dor ns Pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura

Detalhes do artigo | Autores | Ficheiros | Estado da submissão do artigo | **Processo de revisão**

- 1 Necessita de revisão
- 2 Submetido
- 3 Pré-Analise
- 4 Checklist
- 5 Revisão por Pares
- 6 Gestor de Artigo
- 7 Tratamento Técnico e Documental
- 8 Revisão Final
- 9 Fase de Tradução
- 10 Fase de Maquetização e Atribuição de DOI
- 11 Fase de HTML

#### Greija de alterações

Itens a rever	Alterações a efetuar	Alterações efetuadas pelos autores ou justificação pela não alteração	Páginas do texto onde foi feita a alteração
---------------	----------------------	---	---