



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **IR MAIS ALÉM DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS...**

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

Por: Marisa João Fernandes

Porto, 28 de Março de 2011





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **IR MAIS ALÉM DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS...**

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

Por: Marisa João Fernandes

Sob orientação de Mestre Amélia Rego

Porto, 28 de Março de 2011



*“É um difícil trabalho ser-se virtuoso, é um verdadeiro labor encontrar o justo meio; porque fazer em face de quem se deva, tanto quanto se deva e no momento em que se deva (...) e na maneira que se deva.*

*Eis o que não está ao alcance do primeiro sem dificuldade”*

Aristóteles



## RESUMO

O presente relatório evidencia os principais contributos do Estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos e num Serviço de Urgência, para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na assistência à pessoa em situação crítica e a vivenciar processos de saúde/doença súbita.

Tem por objectivos documentar a aprendizagem efectuada durante o Estágio, através da capacidade de síntese e da análise crítico-reflexiva, e conduzir à obtenção do grau de Mestre.

Como metodologia, apresenta o método descritivo e reflexivo. Estruturalmente, face aos vários domínios de competências a adquirir/desenvolver, são apresentadas as competências propostas pelo plano de estudos do curso e descritas as actividades realizadas para a sua concretização, através da reflexão pessoal das situações vivenciadas, fundamentada em referenciação bibliográfica.

Descreve o processo de ensino/aprendizagem como estratégia, não só para o desenvolvimento de competências, mas também como meio para a partilha de informação proveniente da experiência profissional e pós-graduada, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros, através da promoção da formação em serviço no âmbito da dor aguda em contexto do Serviço de Urgência. Relata as actividades direccionadas à pessoa adulta, idosa e família, de acordo com a ética e deontologia profissional, avaliando, adequando e aplicando os diferentes métodos de análise de situações complexas. Evidencia as dificuldades encontradas como momentos de aprendizagem e de reflexão, no âmbito das estratégias de comunicação com a família e doente ventilado, e na utilização dos sistemas de informação em enfermagem informatizados. Mostra a aplicabilidade do modelo conceptual de enfermagem na prática profissional, através da elaboração de um estudo de caso. Expõe a importância da prática baseada na evidência, através da análise de protocolos, normas e procedimentos de forma a verificar a sua validação científica, sugerindo, também, algumas alterações/actualizações que foram aceites, promovendo cuidados de saúde de qualidade e práticas seguras.

Conclui que o Estágio proporcionou a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e habilidades múltiplas para a tomada de decisão na prestação de cuidados mais diferenciados, globais e humanizados ao doente e família, no contexto da área de especialização e valorização pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



## **ABSTRACT**

This report evidence the main contributions of the Internship, within the School of Nursing Master of Specialization in Medical-Surgical Nursing, held in the Intensive Care Unit and an Emergency Service, for the development of clinical skills in assisting the person in critical situation and experiencing processes of sudden health / illness.

It aims to document the learning done during the Internship, through the synthesis capacity and analysis critical-reflexive, and lead to obtaining the Master degree.

As methodology, presents the descriptive and reflective method. Structurally, address the various domains of competence to acquire / develop, are given the powers proposed by the syllabus of the course and described the activities undertaken to achieve them, through personal reflection of experienced situations, based on bibliographic reference.

Describes the process of teaching/ learning as a strategy, not only for skills development, but also as a means for sharing information derived from professional experience and graduate degrees, contributing to the personal and professional development of other nurses, by promoting in-service training within the context of acute pain in the Emergency Service. Relate the activities targeted to adult, elderly person and family, in accordance with ethics and professional deontology, evaluating, adapting and applying the different methods for analyzing complex situations. It highlights the difficulties found as moments of learning and reflection, within the strategies of communication with family and ill-ventilated, and use of computerized information systems in nursing. Shows the applicability of the conceptual model in nursing practice, by developing a case study. Exposes the importance of evidence-based practice, through the analysis of protocols, standards and procedures in order to verify its scientific validation, suggesting, also, some changes / updates that have been accepted, promoting health care quality and safety practices.

Concludes that the Internship provided the acquisition / development of knowledge and multiple skills for decision making in providing more specialized care, global and humanized to patient and family, in the context of area of specialization and personal and professional development, to improve the quality of care.



## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que tornaram possível este caminho de partilha, revelação e aprendizagem, em especial:

À Enfermeira Amélia Rego pela orientação, disponibilidade, acompanhamento e motivação proporcionados;

Aos Enfermeiros Tutores pelo acompanhamento, orientação e apoio demonstrados;

O nosso agradecimento.



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

APACHE II - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção-Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EEMC - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE - Entidade Pública Empresarial

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

ml - mililitros

n<sup>o</sup> - número

OBS - Sala de Observações

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PIA - Pressão Intra-Abdominal

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PIC - Pressão Intra-Craniana

PVC - Pressão Venosa Central

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCI – Unidade (s) de Cuidados Intensivos

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAPS II - New Simplified Acute Physiology Score

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SU - Serviço de Urgência

SUMC - Serviço (s) de Urgência Médico-Cirúrgica

UDA - Unidade de Dor Aguda

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação



## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>12</b>
1.1 – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS .....	12
1.1.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	12
1.2 – DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS .....	19
1.2.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	20
1.3 – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	27
1.3.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	28
1.4 – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL .....	33
1.4.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	34
1.5 – DOMÍNIO DA GESTÃO DA QUALIDADE.....	40
1.5.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	40
<b>2 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>45</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

ANEXO I – Listagem de Indicadores de Desempenho

ANEXO II – Plano de Sessão da Acção de Formação

ANEXO III – Suporte Teórico da Acção de Formação

ANEXO IV – Questionário de Avaliação da Formação em Serviço da Instituição

ANEXO V – Avaliação da Acção de Formação – tratamento de dados dos questionários aplicados

ANEXO VI – Estudo de Caso

ANEXO VII – Escala de Morse



## **0 – INTRODUÇÃO**

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa, Unidade Curricular Estágio, Módulo I, II e III, está a elaboração de um relatório como forma de dar resposta à mudança de paradigma de ensino que o processo de Bolonha introduziu no ensino superior. De um modelo baseado na transmissão de conhecimento configurou-se um modelo baseado no desenvolvimento de competências. Sendo assim, face aos objectivos do plano de estudos para o Estágio, foram planeadas actividades orientadoras para o desenvolvimento de competências, permitindo-nos ser elementos activos no processo de aprendizagem, e que se pressupõe acontecer ao longo da vida.

O presente relatório permite evidenciar os principais contributos do Estágio para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas inerentes ao título de Enfermeiro Especialista, conforme Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, ratificada pela Lei nº 111/2009 de 16 Setembro do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na área da EEMC, na assistência à pessoa em situação crítica e a vivenciar processos de saúde/doença súbita.

O Estágio foi realizado em Instituições que possuem protocolo com a Universidade Católica Portuguesa, através do Instituto de Ciências da Saúde, adequadas à consecução do mesmo, sob tutoria de enfermeiros especialistas ou peritos com experiência relevante na área da especialização. Foi dividido em três Módulos, direccionados para diferentes contextos: o primeiro para Serviços de Urgência (SU), o segundo, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), e o terceiro, opcional, correspondendo a 180 horas de contacto, cada um, conforme plano de estudos.

O percurso profissional que se insere na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em contexto de Bloco Operatório, Anestesiologia e, nomeadamente, Emergência Pré-Hospitalar permitiu creditação ao Módulo III do Estágio, por experiência há mais de 3 anos, com o desenvolvimento contínuo de competências humanas, técnicas e científicas adequadas para a prestação de cuidados em situações de grande complexidade e constrangimento. A exercer funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de Guimarães desde 2004, tivemos oportunidade, em contexto de acidente e/ou doença súbita, efectuar abordagem e estabilização do indivíduo no local da ocorrência com o princípio máximo da segurança e adequação de procedimentos de reanimação e técnicas de mobilização, garantindo adequada informação e acompanhamento da família de forma a minimizar o seu sofrimento. Em contexto de triagem de multi-vítimas, estabelecemos prioridades no tratamento de vítimas, por vezes, em ambiente hostil e dramático, participando na decisão de transporte e garantindo o seu acompanhamento e vigilância, com base na relação de autonomia e interdependência da equipa multidisciplinar. Desta forma, a experiência pré-hospitalar possibilitou-nos mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder, em tempo útil e de forma holística, a

situações de saúde de grande complexidade e, assim, prestar cuidados à pessoa em situação crítica, na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na gestão de administração de protocolos terapêuticos complexos, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar, otimizando respostas, competências importantes para o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada, “centrada nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem” (Silva, 2007)<sup>1</sup>.

O Módulo II do Estágio foi efectuado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital Escala Braga, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010. Representa uma unidade fechada, autónoma, de nível III,<sup>2</sup> polivalente com interface à Urgência / Emergência. Pelo seu carácter (polivalente e multidisciplinar), admite doentes do foro médico e cirúrgico, politraumatizados e neurocirúrgicos provenientes da área de referência do Hospital, recebendo, frequentemente, doentes de outros hospitais fora da área com indicação para cuidados intensivos. Utiliza sistemas de classificação de gravidade de doença (SAPS II e APACHE II). Prestamos cuidados ao doente crítico com patologias diversas, evidenciando-se os distúrbios do foro respiratório, secundários a doença de base e/ou complicação decorrentes de situações súbitas, colaborando na sua reabilitação e/ou readaptação funcional. As estratégias planeadas no projecto inicial (Projecto de Estágio), utilizadas para promover e adequar a comunicação com o doente ventilado e família, constituíram momentos de reflexão e aprendizagem importantes. Uma experiência pessoal foi a de um doente traqueostomizado, com suporte ventilatório, sedado mas consciente, que se manifestava inconformado com a sua situação clínica. Com este doente, privilegiamos a comunicação não verbal e a presença do familiar significativo para, assim, facilitar o processo de comunicação. Não tendo experiência profissional na utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) informatizados, e de forma a permitir desenvolver competências na aplicação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), elaboramos um estudo de caso em conexão com o projecto inicial.

O Módulo I do Estágio foi efectuado no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E, Guimarães, no período de 4 do Outubro a 27 de Novembro. Caracteriza-se por um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), conforme despacho n.º 24 681/2006 de 25 de Outubro, publicado em Diário da República<sup>3</sup>, recebendo doentes da área hospitalar correspondente e face às valências médico-cirúrgicas disponíveis. A prestação de cuidados abrange todos os grupos etários e inclui cuidados que vão desde o controlo da doença, abordagem ao traumatizado, até medidas de reanimação e de suporte de vida. Da multiplicidade de pessoas e patologias com as quais contactamos e prestamos cuidados, as

---

<sup>1</sup> Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*, 55:19.

<sup>2</sup> Pacientes que necessitam de dois ou mais órgãos de apoio (ou que necessitem de ventilação mecânica por si só), correspondendo em recursos humanos a um enfermeiro por doente e um médico presente na unidade 24 horas por dia.

<sup>3</sup> Despacho n.º 24 681/2006 de 25 de Outubro. *Diário da República n.º 231 - II Série de 30 de Novembro de 2006.*

alterações cardiovasculares, neurológicas e respiratórias caracterizaram a população, maioritariamente, adulta e idosa. Deparamo-nos com uma grande exigência na adequação dos cuidados, devido a condicionantes físicas, elevada afluência de pessoas e presença de doentes dependentes por longos períodos de tempo, facto que contribui para a prestação de cuidados por tarefa. Contrariando esta forma de trabalho, participamos com o enfermeiro tutor na prestação de cuidados individualizados a todos os doentes por nós admitidos. Nas diversas áreas do serviço, desenvolvemos intervenções autónomas, avaliando, planeando e executando cuidados ao doente dependente, através da alternância de decúbitos e cuidados de higiene, demonstrando que mesmo numa maca é possível proporcionar conforto. Não se tendo propiciado participar no circuito do doente inserido na Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC), conforme projecto inicial, consultamos protocolos terapêuticos e critérios de actuação de forma a compreender a abordagem e tratamento, em contexto hospitalar, destes doentes. Sendo a dor um dos principais sintomas referidos pela pessoa que recorre ao Serviço de Urgência, verificamos que nem sempre é devidamente valorizada e tratada, apesar das técnicas e dispositivos de analgesia disponíveis. Para colmatar esta situação, planeamos e realizamos uma acção de formação direccionada aos profissionais de enfermagem, dando resposta ao projecto inicial para a promoção da formação em serviço e desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Os cuidados de enfermagem ao doente crítico e urgente pressupõem uma capacidade de gerir informação, uma competência adquirida da mobilização de conhecimentos para a acção em menor tempo possível, com uma prática de cuidados clínicos de excelência, onde a componente ética e legal em situações de conflito de interesse estão presentes, competências que procuramos desenvolver/adquirir durante o Estágio, que encontra aqui os argumentos para a sua pertinência.

O relatório surge, assim, como um meio de contribuir para a auto-responsabilização do processo de avaliação e crescimento, bem como consciencialização das dificuldades sentidas ao longo da aprendizagem, como formandos. Como profissionais, permitir uma maior abertura para novas iniciativas e uma mudança ou adaptação de comportamentos que derivam da reflexão efectuada, promovendo, deste modo, a evolução para a excelência na prestação de cuidados. Para tal, com este relatório, pretende-se:

- Descrever actividades/estratégias para aquisição/desenvolvimento de competências;
- Fundamentar as actividades desenvolvidas em conexão com o Projecto de Estágio;
- Desenvolver capacidade de síntese;
- Demonstrar capacidade de análise crítico-reflexiva face a situações vivenciadas/observadas;
- Ilustrar o percurso efectuado no decurso do Estágio;
- Permitir uma visão sistematizada das experiências vivenciadas;

- Documentar a aprendizagem efectuada;
- Diagnosticar situações problema;
- Comunicar estratégias sugeridas;
- Obter o grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na sequência da prestação de provas públicas.

A opção estrutural do relatório foi uma forma de dar continuidade ao Projecto de Estágio, no qual foram planeadas estratégias de actuação direccionadas para esferas de acção específicas, isto é, domínios de competência que a Ordem dos Enfermeiros (2009)<sup>4</sup> propôs para promover o desenvolvimento de competências clínicas especializadas. Sendo assim, global aos dois Módulos do Estágio, face aos vários domínios de competências a adquirir/desenvolver, são apresentadas as competências propostas pelo plano de estudos da escola e descritas as actividades realizadas para a sua concretização com base na análise crítico-reflexiva. De forma a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados, são apresentados, ao longo do relatório, indicadores de desempenho. Por último, são apresentadas as considerações finais sobre o contributo do Estágio para o desenvolvimento de competências.

A metodologia pela qual se optou foi o método descritivo e reflexivo, através da exposição das diferentes actividades realizadas e a sua análise, tendo por base a pesquisa bibliográfica, referenciada segundo a Norma Portuguesa, como forma de documentar a prática clínica.

---

<sup>4</sup> Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa.

## **1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS**

O Estágio proporciona um leque de experiências essenciais para o desenvolvimento de competências técnicas, humanas e organizacionais, conferindo “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem dos Enfermeiros, 2003)<sup>5</sup>.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências (delineadas pela escola) para o Estágio do Módulo I (Serviço de Urgência) e Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente), são descritas as estratégias de actuação direccionadas para os domínios de competência, no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de qualidade, gestão de cuidados e da aprendizagem profissional na área da EEMC, que a Ordem dos Enfermeiros (2009)<sup>6</sup> formulou para promover o desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

As actividades desenvolvidas são descritas de forma reflexiva e crítica, através de situações problema detectadas, estratégias sugeridas e respectiva implementação, permitindo a aprendizagem a construção do conhecimento, evitando a “estereotipagem das tarefas e não se presumir conhecedor da tarefa a desempenhar apenas porque se crê já ter desempenhado tarefas idênticas no passado” (Pinto, 2006)<sup>7</sup>.

### **1.1 – DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

Ser enfermeiro é sobretudo uma forma de dirigir o processo de pensamento para objectivos concretos, não raras vezes em situações complexas e em que a celeridade é imperativa e o erro inoportável. Com a crescente complexidade de técnicas no campo da saúde e dos cuidados, o dever de decidir envolve um esforço do profissional cada vez maior, sendo a construção de um corpo de conhecimentos a base para a prática como algo vital para a evolução da enfermagem enquanto profissão autónoma (Vieira, 2009)<sup>8</sup>.

#### **1.1.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Tendo por base o auto-conhecimento, a assertividade e uma prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, foram desenvolvidas actividades de forma a dar resposta aos objectivos do plano de estudos do curso, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

---

<sup>5</sup> Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, p.16.

<sup>6</sup> Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa.

<sup>7</sup> Pinto, N. (2006). A importância do pensamento crítico para a decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6:15.

<sup>8</sup> Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. 2ª Edição. Universidade Católica Editora, Lisboa.

COMPETÊNCIAS:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Identificar as necessidades formativas na área da EEMC.

Para o desenvolvimento destas três competências, planeamos observar a dinâmica e orgânica dos locais onde o Estágio se realizou, de forma a delinear e adequar as estratégias para o desenvolvimento das actividades propostas no Projecto para os Módulos. Estas foram entregues aos enfermeiros tutores, com os quais foi discutida a listagem de indicadores de desempenho (ANEXO I), e algumas actividades de difícil concretização, como os ensinamentos ao doente e família na transferência/alta clínica que é efectuada para outro serviço e não para casa, em contexto de UCIP.

Estruturalmente, a UCIP permite condições de trabalho seguras com áreas adequadas à prestação de cuidados, lavagem e desinfecção de material e escoamento de material contaminado. Segundo as normas padronizadas para o armazenamento de material estéril, os materiais estão acondicionados em armários fechados, não sujeitos a poeiras e ao risco de contaminação. A sala de sujos separa a unidade de cuidados intensivos (6 camas e um quarto de isolamento com balcão de apoio e sala de enfermagem) da unidade de cuidados intermédios (5 camas com balcão de apoio), servindo de apoio a ambas. A disposição das unidades dos doentes (frente a frente) nem sempre permite que a privacidade seja mantida, apesar de existirem cortinas. Quando os doentes estão conscientes e conseguem ter percepção da situação do doente da unidade em frente, não nos parece agradável a sensação de se verem no outro.

O Serviço de Urgência está dividido em cinco áreas (pré-triagem, triagem, urgência de especialidades, sala de observações (OBS) /unidade de cuidados intermédios e urgência de pediatria), com funcionalidades diferentes. Segundo Neto *et al.* (2003)<sup>9</sup>, um Serviço de Urgência “deve ser visto e analisado sob vários aspectos, nomeadamente, de estrutura, de organização e de funcionalidade (...) O desajustamento desses espaços, quer por se encontrarem obsoletos, quer por falta de estudos na sua execução, traduz-se sempre em resultados finais negativos”. Neste contexto, entendemos que cada área deve ser o mais autónoma possível, adequada à prestação de cuidados, permitindo condições de trabalho seguras. O que nem sempre acontece devido ao espaço físico exíguo, agravado, por vezes, pelo elevado índice de afluência de pessoas a este serviço. As salas de trabalho, apesar de estarem dotadas de material de consumo clínico específico a cada área, não possuem condições para a prestação de cuidados diferenciados (higiene e conforto, procedimentos

---

<sup>9</sup> Neto, A. *et al.* (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no Serviço de Urgência. *Revista Servir*, 51: 216.

técnicos – algaliação, entubação e lavagem gástrica, aspiração de secreções traqueobronquicas, execução de protocolos cirúrgicos e terapêuticos). Estes são efectuados numa sala comum (sala 13, de procedimentos) que, embora, não cumpra as normas de higiene e segurança, não possui sistema de ventilação, é o único espaço que permite privacidade e dignidade ao doente. Existem duas áreas adequadas à lavagem e desinfeção de material e escoamento de produtos orgânicos e/ou contaminados, que dão apoio a OBS e restantes áreas, respectivamente. Segundo as normas padronizadas para o armazenamento de material estéril, os materiais estão acondicionados em armários fechados, não sujeitos a poeiras e ao risco de contaminação.

Durante o Estágio, observamos e participamos nos cuidados, essencialmente, ao doente adulto e idoso, urgente e emergente, e em estado crítico, identificando necessidades pessoais formativas relacionadas com exames auxiliares de diagnóstico, o contexto ao seu recurso, as intervenções e vigilâncias de enfermagem relacionadas com a toracocentese, paracentese, punção lombar, ventilação mecânica, mais especificamente desmame ventilatório, alimentação entérica, terapêutica farmacológica, na prestação de cuidados ao doente traqueostomizado, neurocrítico, e em técnicas de depuração renal (hemodiafiltração). Efectuamos pesquisa bibliográfica de temas, promovendo, desta forma, a fundamentação sólida e credível à prática de cuidados ao doente em contexto de urgência e em estado crítico. Os protocolos terapêuticos, como a trombólise intra-hospitalar no âmbito das Vias Verdes de AVC e Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), alterações metabólicas e algumas patologias médicas, também, constituíram interesse de pesquisa.

Um complemento a este processo de aprendizagem foi a experiência profissional e a formação pós-graduada que nos proporcionaram segurança na execução e compreensão de alguns procedimentos e técnicas (ventilação e monitorização), pois “a capacidade para combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas complexos” (Silva, 2006)<sup>10</sup>. A experiência profissional na área da anestesia possibilitou-nos, inclusive, em contexto da emergência pediátrica, com comprometimento da via aérea, ter um papel activo e de colaboração com a equipa multidisciplinar. Prestamos, assim, alguns esclarecimentos, relativamente a fármacos de indução que não existiam no SU, mas que seriam os mais indicados para aquela situação - criança com hidrocefalia e provável hipertensão intracraniana. O conhecimento do material cirúrgico possibilitou-nos a colaboração com a equipa médica de ortopedia e cirurgia geral, e intervir de forma autónoma na pequena cirurgia, como esfacelos e extracção ou drenagem de quistos. Para tal, disponibilizamos material esterilizado (campo cirúrgico, compressas, pinças, luvas, fios de sutura) e adequamos medidas de conforto ao doente, posição de deitado em marquesa própria. Informamos sobre todos os procedimentos a serem efectuados, como a higienização do local/área a ser intervencionada,

---

<sup>10</sup> Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Formasau, Coimbra, p. 21.

intervenções para prevenir a dor, como a infiltração com anestésico, e posterior realização de penso. Escutamos, esclarecemos dúvidas e efectuamos respectivos ensinamentos ao doente e/ou acompanhante (limitação temporária na realização de algumas actividades de vida diária, posicionamentos adequados para prevenção de complicações, alimentação adequada para promover a cicatrização, cuidados de higiene, necessidade de recurso aos Cuidados de Saúde Primários para realização de penso, vigilância de cicatrização e extracção de pontos de sutura). Neste contexto, questionamos o facto de o doente se fazer acompanhar pela carta médica, e não levar consigo informação de enfermagem, propondo a elaboração de uma carta de alta de enfermagem para o serviço, pois “é um excelente instrumento de comunicação, (...) dá informações importantes ao enfermeiro para que este possa continuar a prestar cuidados de saúde” (Luz, 2003)<sup>11</sup>. Sendo uma necessidade do serviço, à muito identificada, existia uma proposta elaborada por elementos do mesmo. A experiência profissional na área da emergência proporcionou-nos segurança na execução e compreensão de alguns procedimentos e protocolos, como paragem respiratória, paragem cardio-respiratória, intoxicações medicamentosas, hipoglicemias, EAM, disritmias peri-paragem, crises convulsivas e abordagem ao politraumatizado.

A gestão da formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada permitiram-nos, ainda, identificar necessidades e prioridades de gestão de cuidados ao doente e família com vista à promoção da saúde e prevenção da doença. Para tal, durante o Módulo I (SU), efectuamos alguns ensinamentos relacionados com a higiene e conforto, mobilização, eliminação e segurança no doente acamado e dependente, cuidados com os pés, alimentação e exercício no doente diabético, e utilização segura da terapêutica farmacológica, em particular, no doente pediátrico. Face ao indicador definido, índice de sessões informais de educação para a saúde realizadas, obtivemos uma apreciação de 100%.

Consultamos normas e procedimentos existentes, de forma a compreender a orgânica dos serviços, relacionados com formação em serviço, processo de admissão de doentes, processo de alta/transfêrencia e referenciação de doentes, avaliação de doentes com indicadores sociais de risco, assistência ao doente vulnerável, cuidados ao doente terminal e família, plano de emergência interno, manual de organização de materiais no serviço de OBS, manual de organização e funcionamento da sala de emergência, higiene e segurança, e comissão de controlo de infecção.

Nesta fase de desenvolvimento e aquisição de competências, o papel do enfermeiro tutor revelou-se fundamental, contribuindo para o nosso crescimento pessoal e profissional, permitindo-nos, de forma gradual, autonomia na gestão de cuidados. O processo de aprendizagem foi orientado no sentido do desenvolvimento de competências, de forma autónoma e com base numa prática reflexiva para a melhoria da qualidade de cuidados.

---

<sup>11</sup> Luz, E. (2003). Importância dos conteúdos da carta da alta para a continuidade dos cuidados. *Revista Nursing*, 175:36.

COMPETÊNCIA:

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com os quais nos deparamos.

O Estágio constituiu um grande desafio, por um lado, devido à dinâmica de cuidados que o doente crítico exige e à grande envolvimento tecnológica, por outro, devido à intensidade da dinâmica de cuidados nas várias áreas de trabalho ao doente em contexto de urgência e condicionantes físicas.

Ao longo do Estágio, face às várias situações de saúde/doença vivenciadas, mobilizamos e adquirimos conhecimentos teórico-práticos que nos permitiram planear e decidir gradualmente, e de forma autónoma, sobre os cuidados a prestar ao doente em estado crítico, em contexto de urgência e sua família.

COMPETÊNCIA:

- Reflectir na e sobre a prática, de forma crítica.

Florence Nightingale (1969)<sup>12</sup> estava convencida de que, a maior parte das vezes, os maus cuidados de enfermagem eram mais o resultado de uma falta de reflexão do que uma falta de atenção aos outros, pois a reflexão “ao ser exercitada, constitui-se num processo privilegiado de desenvolvimento profissional e interprofissional pela aquisição de saberes e saber-transformar (se)” (Rego, 2010)<sup>13</sup>.

Durante o Estágio, privilegamos a reflexão sobre a acção e o conhecimento adquirido de forma autónoma, procurando questionar e questionar-nos e, assim, actuar da melhor forma, contrariando “o fazer assim, porque sempre assim foi feito, foi assim que aprendemos, ou porque é hábito”.

COMPETÊNCIA:

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

Mobilizar conhecimentos e prestar cuidados de qualidade, durante o Estágio, não seria possível sem a colaboração da equipa de enfermagem que integramos, e que acima do saber técnico-científico, sabe respeitar a individualidade do doente, capazes de agir com rapidez e diplomacia, dominando situações que, na maior parte das vezes, reflectem risco de vida para o doente. “Portanto, quando necessário, são capazes de agir segundo a sua própria opinião e estão preparados para fazê-lo” (Benner, 2001)<sup>14</sup>, com um nível de aquisição de competências de perito.

---

<sup>12</sup> Nightingale, F. (1969). *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. Dover Publications, New York.

<sup>13</sup> Rego, A. (2010). *Reformas no sector da saúde: A equidade em Cuidados Intensivos*. Universidade Católica Editora, Lisboa, p. 89.

<sup>14</sup> Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora, Coimbra, p. 59.

Em situação de emergência pretende-se um conjunto de conhecimentos e competências comuns, para uma boa articulação e continuidade de cuidados para o sucesso de toda a cadeia de sobrevivência (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009)<sup>15</sup>. Sendo um dos locais do Estágio uma Urgência Médico-Cirúrgica, pudemos verificar que em contexto de formação específica, recomendada<sup>16</sup> pela Comissão Regional do Doente Crítico (2009), nem todos os profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares) a possuem. Tem, no entanto, implementada e em funcionamento a Via Verde de AVC, com protocolos bem definidos para a intervenção e tratamento farmacológico destes doentes. A equipa de enfermagem está a organizar a formação dos profissionais para a implementação da Via Verde de Sepsis e de Trauma.

Para fazer face à diferenciação e exigência de cuidados ao doente em estado crítico, o enfermeiro de cuidados intensivos “tem que ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade com maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do doente” (Urden *et al.*, 2008)<sup>17</sup>. Deve, assim, alicerçar a sua prática na evidência, agindo com consciência crítica e mostrando competências diferenciadas na abordagem ao doente e família, com espírito de colaboração, inter-ajuda e, essencialmente, gente que cuida de gente. Esta foi a equipa que encontramos na UCIP, e com a qual tivemos o privilégio de colaborar e aprender. Constituída, apenas, por especialistas na área da reabilitação (4) que prestam cuidados gerais, sendo também destacados para prestar cuidados no âmbito da especialidade, observamos que o doente crítico beneficia, em larga escala, destes cuidados, pois como prestadores de cuidados gerais possuem um conhecimento global deste e da sua situação.

#### COMPETÊNCIAS:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Promover a formação em serviço na área de EEMC.

Durante o Estágio, verificamos que a formação em serviço é prática presente e surge como uma das estratégias facilitadoras da incorporação da evidência na prática, dirigida para as necessidades da equipa de enfermagem, tendo como objectivo a melhoria da qualidade dos cuidados. A formação em serviço serve, também, como oportunidade de reflexão sobre a prática, ou sobre situações que surgem e para as quais a equipa de enfermagem não está preparada (Frederico e Leitão, 1999)<sup>18</sup>. O papel do enfermeiro responsável pela formação revela-se de extrema importância para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, analisando as necessidades de mudanças na prática, identificando os conteúdos a serem

---

<sup>15</sup> Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. Administração Regional de Saúde do Norte.

<sup>16</sup> Médico/ Enfermeiro - Formação em Suporte Avançado de Vida, Suporte Avançado de Vida em Trauma, emergências Pediátricas, ventilação e Controle Hemodinâmico, Transporte de doentes críticos, Vias Verdes (existentes ou em implementação); Auxiliares - Formação em suporte básico de vida e Técnicas de Trauma e Imobilização

<sup>17</sup> Urden, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição. Lusodidacta, Lisboa, p. 6.

<sup>18</sup> Frederico, M. e Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª Edição. Formação e Saúde, Coimbra.

objecto de reflexão, e promovendo a utilização do conhecimento proveniente da formação em serviço.

Neste contexto, durante o Módulo I (SU), identificamos necessidades formativas da equipa de enfermagem, no âmbito da dor aguda, que manifestou interesse em aprofundar conhecimentos e desenvolver competências relacionados com as técnicas, dispositivos de analgesia e Protocolos da Unidade de Dor Aguda (UDA) em vigor na Instituição. Quando solicitadas, prestamos esclarecimentos sobre funcionamento de dispositivos de analgesia e autonomia de enfermagem no controlo da dor, através da correcta interpretação e utilização dos protocolos de analgesia.

No SU, a importância da dor revela-se enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica. Particularmente, no que se refere à dor aguda, está bem patente no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Igualmente, a dor é, inúmeras vezes, um dos sintomas mais relevantes para determinar um diagnóstico clínico correcto, pelo que deve ser compreendida e valorizada. Pela sua prevalência pode causar incapacidade e muito sofrimento, um verdadeiro problema de saúde pública, que justifica uma actuação planeada, organizada e validada cientificamente. O controlo eficaz da dor é, pois, um direito dos doentes que dela padecem, um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental na efectiva humanização das Unidades de Saúde (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2008)<sup>19</sup>. Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001), desenvolveram-se e criaram-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor como recurso diferenciado para a sua abordagem.

Como elemento integrante de uma UDA desde 2003, com competências conceptuais e técnicas nesta área, propusemos a realização de uma acção de formação: “Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência – Pessoa com Dor Aguda”. Para o efeito, planeamos, executamos e avaliamos a acção de formação. Como forma de planear, elaboramos um plano de sessão (ANEXO II). Para orientação da apresentação e posterior consulta pela equipa de enfermagem, elaboramos suporte teórico da acção de formação (ANEXO III). No final da acção de formação foi efectuada avaliação de 1º Nível, através da aplicação de questionário de satisfação em vigor para a formação em serviço da Instituição (ANEXO IV). Posteriormente, foram tratados os dados dos questionários aplicados (ANEXO V), que a seguir passamos a analisar:

- O índice de participação na acção de formação foi de 37%;
- Os formandos mostraram-se bastante satisfeitos relativamente à clareza e realização dos objectivos propostos para a acção de formação;
- Relativamente à utilidade dos temas tratados e nível de conhecimentos adquiridos, os formandos revelaram-se bastante satisfeitos;

---

<sup>19</sup> Circular Normativa nº11 de 18/06/2008. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/) [data da visita: 18/10/2010].

- A duração da acção de formação foi extremamente satisfatória, revelando-se a componente prática satisfatória;
- Os formandos referiram que a formação permitiu a aquisição de conhecimentos;
- A prestação do formador, em geral, foi extremamente satisfatória.

Com esta actividade, promovemos o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros e a formação em serviço, dando resposta “ a situações/problemas identificados no seio de uma profissão, visando a aquisição de conhecimentos teóricos, capacidades práticas e atitudes exigidas para o exercício das mesmas” (Frederico e Leitão, 1999)<sup>20</sup>.

#### COMPETÊNCIA:

- Colaborar na integração de novos profissionais.

Não tendo existido oportunidade de colaborarmos na integração de novos profissionais, pois durante o Estágio, apenas, coincidiram alunos de enfermagem, promovemos, no entanto, a partilha de informação sempre que solicitados, e quando pertinência das situações intervimos na orientação e auxílio destes alunos. Desta forma, contribuímos para o crescimento e desenvolvimento de competências, isto é, o poder de ir mais além de futuros profissionais e colegas.

## 1.2 – DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

A complexidade crescente dos cuidados, quer pelo progresso da medicina que determinou um aumento de intervenções delegadas da complexidade crescente, nomeadamente no que se refere à administração de fármacos potencialmente mais agressivos e à vigilância de sinais e sintomas associados aos quadros patológicos dos doentes, quer pela evolução verificada nos padrões de exigência dos cidadãos relativamente às respostas dos profissionais de saúde face às suas necessidades de cuidados, tem vindo a exigir um “conhecimento profundo sobre respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, vivenciadas pela pessoa, enquanto alvo dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2009)<sup>21</sup>.

Neste contexto, o enfermeiro especialista deve possuir competências adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem, tendo em conta o seu ciclo de vida. À pessoa em situação crítica as intervenções devem ser dirigidas com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2009)<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> Frederico, M. e Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª Edição. Formação e Saúde, Coimbra, p. 140.

<sup>21</sup> Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional, sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa, p. 5.

<sup>22</sup> Ibidem.

### 1.2.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

De forma a promover um elevado grau de adequação dos cuidados à pessoa em situação crítica, foram desenvolvidas actividades com o intuito de dar resposta aos objectivos do plano de estudos do curso, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

#### COMPETÊNCIA:

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

A aplicação do processo de enfermagem é fundamental às intervenções dos profissionais de enfermagem em qualquer unidade de cuidados, proporcionando ordem e direcção ao cuidado. Segundo George *et al.* (2000)<sup>23</sup> é “a essência da prática de enfermagem, o instrumento e a metodologia da profissão” e, como tal, auxilia a tomada de decisão na resolução de problemas.

Tomamos iniciativa na implementação do processo de enfermagem, aos doentes críticos que nos estavam atribuídos, como método de análise de situações complexas. De acordo com as necessidades do doente como indivíduo e da sua família prestamos cuidados globais, estabelecendo um plano de actuação adequado, promovendo o envolvimento activo do doente no seu processo de saúde/doença. Analisamos os resultados das intervenções planeadas, de uma forma crítica e construtiva. Contribuímos para a documentação dos cuidados de enfermagem, através da classificação de fenómenos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem utilizando a CIPE formalizada em SIE informatizados.

Participamos com o enfermeiro tutor no processo de transferência de doentes para as áreas de especialidade de medicina, cirurgia, ortopedia, OBS e serviços de internamento, privilegiando o processo de comunicação da situação clínica e cuidados prestados ao doente, promovendo a continuidade de cuidados.

#### COMPETÊNCIA:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.

Durante o Módulo II (UCIP), a compreensão e a execução de procedimentos técnicos ao doente crítico não foi um processo fácil. Apesar de várias oportunidades de aprendizagem, prestamos cuidados a 42 doentes, o número de horas de estágio não permitiu o aperfeiçoamento e agilização de algumas técnicas mais complexas (hemodiafiltração).

Sendo assim, prestamos cuidados diferenciados ao doente crítico, tendo em conta a sua individualidade, necessidades humanas básicas, cumprindo medidas de prevenção e controlo de infecção, proporcionando cuidados de higiene e conforto (padrão de sono, nutricional e gestão da dor), utilizando técnicas de mobilização e posicionamento apropriadas à situação do

---

<sup>23</sup> George, J. *et al.* (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª Edição. Artmed Editora, Porto Alegre, p. 21.

doente, adequando técnicas de comunicação e proporcionando medidas de segurança, com o objectivo principal da sua recuperação e readaptação funcional.

De forma a dar visibilidade aos cuidados diferenciados prestados ao doente crítico, foram definidos os seguintes indicadores de desempenho:

- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências na prevenção de controlo de infecção, para o qual obtivemos uma apreciação de 100% - prestamos cuidados a 42 doentes, utilizando medidas adequadas e recomendadas pela DGS (2007)<sup>24</sup> e comissão de controlo de infecção (CCI) da Instituição na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS). No contacto directo com o doente, utilizamos medidas de isolamento de procedimentos (bata, touca, luvas e máscara), conforme protocolo do serviço. Na prevenção da infecção do tracto urinário, por exemplo, procedemos à desinfecção higiénica das mãos, de acordo com as normas da Instituição, imediatamente antes e após algaliação, manipulação da algália ou do sistema de drenagem, que funciona em circuito fechado com um sistema de esvaziamento concebido de modo a evitar a contaminação; utilizamos água e sabão na lavagem da área genital, usando luvas de procedimentos, antes de realizar técnica de algaliação; na limpeza do meato urinário, diariamente nos cuidados de higiene, utilizamos soro fisiológico; de forma a prevenir os movimentos da algália e pontos de fricção na uretra, no homem fixamos a algália na parte superior da coxa e na mulher na face interna da coxa, assegurando uma boa drenagem. Na prevenção da infecção dos cateteres vasculares, por exemplo, avaliamos diariamente sinais de infecção, inspecionando local de inserção; substituímos penso (estéril e transparente), apenas quando necessário (penso húmido, repassado, ou inspecção do local de inserção); desinfectamos os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema; substituímos fluidos intravenosos e sistemas de administração, conforme norma do serviço e não superior a 24 horas e 72 horas, respectivamente. Na prevenção da infecção respiratória no doente ventilado, não havendo contra-indicação, mantivemos a cabeceira da cama do doente elevada entre 30 a 45 graus, de forma a prevenir o refluxo do conteúdo gástrico e pneumonia de aspiração.
- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes em ventilação mecânica, para o qual obtivemos uma apreciação de 90,5% - prestamos cuidados a 38 doentes, através da aspiração de secreções ao nível da naso e orofaringe, utilizando técnica asséptica na aspiração endotraqueal. Verificamos o posicionamento do tubo endotraqueal para evitar a entubação selectiva, com consequente atelectasia, ou a extubação accidental, pressão do *cuff* para prevenir isquémia e lesão da traqueia. Efectuamos higiene oral, uma vez turno, com solução oral desinfectante de forma a contribuir para a prevenção da pneumonia associada à

---

<sup>24</sup> Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde, Lisboa.

ventilação (PAV), conforme recomendações da *American Association of Critical-Care Nurses* (2010)<sup>25</sup>. A vigilância da adaptação do doente ao ventilador é de extrema importância, bem como a gestão da fracção de oxigénio inspirada. Para tal efectuamos colheitas de sangue arterial para análise laboratorial, conforme protocolado, com o intuito de monitorizar a pressão dos gases e trocas gasosas.

- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com monitorização invasiva, para o qual obtivemos uma apreciação de 100% - prestamos cuidados a 42 doentes, avaliando parâmetros de estabilidade de monitorização da pressão venosa central (PVC), pressão arterial (PA), pressão intracraniana (PIC) e pressão intra-abdominal (PIA). Providenciamos a optimização e manutenção dos dispositivos invasivos, adoptando medidas de prevenção e controlo de infecção.
- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com drenagens torácicas, para o qual obtivemos uma apreciação de 4,8% - prestamos cuidados a 2 doentes, monitorizando perdas, verificando integridade e funcionamento dos sistemas, adoptando medidas de prevenção e controlo de infecção.
- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes a realizar métodos de depuração renal, para o qual obtivemos uma apreciação de 19% - prestamos cuidados a 8 doentes, observando e participando nos cuidados prestados pelo enfermeiro tutor. O sucesso desta técnica depende de um protocolo de anticoagulação eficiente para manter a eficácia e permeabilidade do circuito extracorporal, minimizando complicações como a hemorragia por anticoagulação excessiva ou obstrução do circuito por anticoagulação insuficiente. Colaboramos com a equipa médica no procedimento de inserção do cateter venoso de duplo lúmen, colocado na veia femoral com técnica asséptica cirúrgica. Após a inserção, auxiliamos o enfermeiro tutor na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema. Monitorizamos temperatura corporal e débito cardíaco, pois a hipotermia é uma complicação que pode advir desta técnica pela exposição contínua de sangue extracorporal a uma solução de dialisante e reposição que, estando à temperatura ambiente, provoca alterações da temperatura corporal e consequentes alterações do débito cardíaco e perfusão tecidual.
- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes neurocríticos, para o qual obtivemos uma apreciação de 11,9% - prestamos cuidados a 5 doentes, executando técnicas de mobilização e posicionamento apropriadas à situação do doente, como o leito elevado a 30° de forma a diminuir a PIC;

---

<sup>25</sup> American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Oral care for patients at risk for ventilator-associated pneumonia*. Disponível em: [www.aaccn.org](http://www.aaccn.org) [data da visita: 11/05/2010].

monitorizamos parâmetros de estabilidade da PIC, adequando terapêutica farmacológica e comunicando alterações do estado clínico ao médico assistente.

- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes politraumatizados, para o qual obtivemos uma apreciação de 23,8% - prestamos cuidados a 10 doentes, executando técnicas de mobilização e posicionamento apropriadas à situação do doente, adequando equipamentos necessários.
- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com terapia nutricional entérica, para o qual obtivemos uma apreciação de 83,3% - prestamos cuidados a 35 doentes, monitorizando e avaliando a tolerância de forma a prevenir complicações. Posicionamos cabeceira do doente a 30/45°, ou decúbito lateral direito para facilitar esvaziamento gástrico; verificamos volume residual gástrico, conforme protocolo do serviço, adequando ritmo e volume de perfusão; irrigamos sonda com 20 a 30 ml de água a cada 3 a 4 horas, durante alimentação contínua e antes e depois da administração de terapêutica.
- Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com traqueostomia, para o qual obtivemos uma apreciação de 23,8% - prestamos cuidados a 10 doentes, vigiamos características do estoma, realizamos penso, quando necessário, e orientamos sobre técnicas de comunicação.

Assistir e participar na continuidade de cuidados ao doente em situação crítica constituiu um momento de aprendizagem, visto que nos permitiu compreender a orgânica e dinâmica da equipa multidisciplinar e prioridade de cuidados. Foi, sem dúvida, revelador o que estas intervenções de enfermagem, autónomas e interdependentes, podem constituir para o doente, talvez a diferença entre viver ou morrer, recuperar ou ficar com sequelas. Observamos, ainda, que desde a admissão do doente, o principal objectivo é a sua recuperação e readaptação funcional, através de cuidados diferenciados, anteriormente referenciados, ou simplesmente o levantar para o cadeirão, mesmo em doentes com ventilação mecânica, ou ver televisão, desmistificando a imagem que possuíamos do doente crítico sujeito a uma cama e com um aviso “frágil, não tocar”.

Em contexto de sala de emergência, durante o Módulo I (SU), considerando a complexidade das situações de saúde com que nos deparamos, participamos na prestação de cuidados a 19 doentes que reuniram critérios para accionamento da sala segundo o *European Resuscitation Council* (2005)<sup>26</sup>. Mobilizamos conhecimentos e desenvolvemos habilidades tendo em conta as evidências científicas, com a colaboração do enfermeiro tutor e equipa multidisciplinar, para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa em situação crítica. Aplicamos e adequamos protocolos médicos (suporte básico de vida intra hospitalar e suporte avançado de

---

<sup>26</sup> Paragem respiratória; Paragem cardio-respiratória; (A) permeabilidade da via aérea ameaçada; (B) frequência respiratória <5 ou> 35 Fr/min. SpO2 <75%; (C) frequência cardíaca <40 ou> 140p/min. T.A Sistólica <90 mmhg; (D) súbita perda de consciência, queda de Score de Glasgow > 2 pontos, convulsões repetidas ou prolongadas; risco potencial ou necessidade de ventilação assistida.

vida, bradicardias e taquicardias), protocolos de trauma (abordagem inicial integrada do traumatizado) e protocolos pediátricos (suporte avançado de vida pediátrico) em vigor no serviço, que respeitam as recomendações do *European Resuscitation Council* (2005)<sup>27</sup>.

Integrar uma equipa de emergência intra-hospitalar é, sem dúvida, diferente que fazê-lo em meio extra hospitalar. A dinâmica de cuidados mantém-se, mas o acesso a outros meios de diagnóstico e tratamento podem fazer a diferença, quando a equipa possui o conhecimento para agir. Para além disso, a sua boa articulação e continuidade são fundamentais para o sucesso de toda a cadeia de cuidados. A participação regular nas várias fases deste processo é, para além do mais, uma forma de manutenção de gestos, destrezas e competências específicos (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009)<sup>28</sup>. Face ao indicador definido, índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes emergentes, obtivemos uma apreciação de 100%.

#### COMPETÊNCIA:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

A evolução das necessidades de cuidados de saúde, devido ao envelhecimento da população, acrescido de doentes crónicos e dependentes face às actividades de vida diárias, obriga a uma resposta mais eficaz dos profissionais de saúde.

Hoje, os problemas de saúde caracterizam-se pela elevada complexidade, sendo que a “análise dos problemas num ambiente multidisciplinar enriquece a qualidade das soluções e, portanto melhora a qualidade dos cuidados de saúde” (Silva, 2007)<sup>29</sup>.

Foi nesta perspectiva, de uma enfermagem avançada, que durante o Estágio avaliamos, adequamos e aplicamos os diferentes métodos de análise de situações complexas, “centrada nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias (...) usando conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem” (Silva, 2007)<sup>30</sup>.

A complexidade do SU não passa, na nossa opinião, pela envolvimento tecnológica que alguns autores referem, mas pela complexidade de pessoas e situações, onde a transição súbita de saúde para doença é uma experiência complexa e altamente individualizada. Como as necessidades dos doentes que procuram este serviço são variadas, consideramos o sistema de triagem (Triagem de Manchester) um método adequado de análise de situações complexas, pois proporciona uma avaliação inicial dos doentes, que é a base da atribuição de uma categoria de urgência e encaminhamento para as diferentes áreas que constituem o SU. O

<sup>27</sup> European Resuscitation Council. (2005). *Versão Portuguesa das recomendações para a reanimação*. Conselho Português de Ressuscitação. Actualização em Dezembro de 2010. Disponível em: [WWW.cprguidelines.eu](http://WWW.cprguidelines.eu) [data da visita: 15/12/2010].

<sup>28</sup> Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. Administração Regional de Saúde do Norte.

<sup>29</sup> Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Revista Servir*, 55:18.

<sup>30</sup> *Ibidem*: 19.

processo de admissão de doentes urgentes e muito urgentes, no qual participamos com o enfermeiro tutor, é a melhor forma de compreender a problemática e individualidade do doente, sendo importante para a identificação de indicadores sociais críticos. Apesar de termos identificado alguns indicadores sociais críticos mais comuns no serviço, como indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, com ausência de apoio familiar de retaguarda e que vivem sós, não foi necessária referenciação social, pois eram autónomos, não evidenciando sinais de precariedade. Participamos, também, no processo de referenciação de dois doentes ao Serviço de Psiquiatria por intoxicação medicamentosa voluntária. Devido ao elevado número de doentes dependentes, com necessidade de auxílio na deambulação e até acamados, efectuamos avaliação e registo de risco de queda, segundo norma da Instituição, adequando medidas e intervenções conforme nível de risco (baixo risco, médio risco e alto risco). Sendo, a dor, um dos principais sintomas referido pelos doentes, efectuamos avaliação, monitorização e registo, adequando escalas de avaliação e atitudes terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Face ao indicador definido, índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com dor aguda, obtivemos uma apreciação de 100%.

Sabendo que as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte em Portugal e na região norte, era para nós importante compreender a abordagem e tratamento em contexto hospitalar do doente com AVC. Não tendo surgido oportunidade de participarmos no circuito do doente inserido na Via Verde de AVC, consultamos protocolos terapêuticos e critérios de actuação, que se encontram acessíveis e bem identificados na sala de emergência, verificando que vão de encontro às recomendações da Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares (2007)<sup>31</sup>. Na fase aguda, o tratamento do doente com AVC é efectuado em OBS, que possui duas vagas e equipamento (2 ventiladores) adequado a estes doentes. O principal objectivo da Via Verde é aumentar a reperfusão na fase aguda. Não sendo esta unidade tão diferenciada como outras, pois não possui todos as valências recomendadas na assistência a estes doentes, está apta a efectuar fibrinólise intravenosa, sendo considerada uma unidade de AVC de nível B com referenciação regional (Alto Comissariado da Saúde, 2007)<sup>32</sup>. A possibilidade dos doentes com AVC poderem, na fase aguda, receber o tratamento mais adequado depende do tempo decorrido entre o início dos sintomas e a eventual administração da terapêutica. Actualmente, com a utilização da fibrinólise (nos casos considerados clinicamente adequados) muitos dos doentes com AVC podem, se tratados em tempo útil, ver reduzida a sua mortalidade e morbilidade, conseguindo uma apropriada recuperação funcional (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009)<sup>33</sup>.

Não sendo a Instituição um centro de referência para a Via Verde de EAM, pois não possui Serviço de Hemodinâmica onde se possa efectuar intervenção coronária percutânea para reperfusão nas primeiras 2 horas entre o início de sintomas e o contacto médico, cumpre os

<sup>31</sup> Alto Comissariado da Saúde. (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)*. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.

<sup>32</sup> Ibidem.

<sup>33</sup> Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. Administração Regional de Saúde do Norte.

protocolos de diagnóstico, tratamento e transferência destes doentes. Neste contexto, na sala de emergência tivemos oportunidade de participar na prestação de cuidados diferenciados a 3 doentes com EAM, monitorizando parâmetros vitais, avaliando e controlando a dor, adequando intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Em todas as situações foi administrada terapêutica fibrinolítica de reperfusão via oral, tendo sido transferidos, posteriormente, para o Hospital de Braga que é o centro de referência mais próximo com Serviço de Hemodinâmica. O transporte foi efectuado, dando resposta às recomendações de transporte secundário de doentes críticos (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008)<sup>34</sup>, que o serviço possui devidamente protocoladas. Foi disponibilizado transporte (ambulância medicalizada) e equipamento adequados (mala de transporte existente no serviço com material e fármacos protocolados). Para a avaliação do transporte secundário é preenchido impresso pelo médico, onde o resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização, o equipamento e o tipo de veículo para qualquer nível de gravidade do doente.

Ao avaliarmos a adequação dos diferentes métodos utilizados na abordagem ao doente com AVC e EAM permitiu-nos, também, desenvolver competências perante situações imprevistas e complexas no âmbito da área de EEMC.

#### COMPETÊNCIA:

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.

Durante o Estágio e após conhecimento da dinâmica de cuidados, protocolos, normas e procedimentos, a gestão da nossa formação inicial, experiência profissional e de vida, e formação pós-graduada, permitiram-nos identificar necessidades e prioridades de gestão de cuidados ao doente e família.

Desta forma, durante o Módulo II (UCIP), perante situações de instabilidade hemodinâmica, como hipotensão, optimizamos sempre cateter arterial e só, posteriormente, adequamos terapêutica farmacológica. A necessidade de ajustar as doses de fármacos inotrópicos, assim como o seu desmame, eram realizadas pela equipa de enfermagem, com supervisão médica. Perante uma situação de hipoglicemia, actuamos segundo protocolo em vigor, suspendendo insulina, administrando glicose hipertónica, e efectuando uma avaliação seriada e mais frequente até estabilização de glicemias capilares.

Durante o Módulo I (SU), identificamos situações de risco, como hipoglicemia, alteração do estado de consciência, ou outros sinais e sintomas como dispneia, sudorese, palidez, dor torácica, monitorizando parâmetros vitais e comunicando ao enfermeiro tutor e médico assistente.

---

<sup>34</sup> Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Ordem dos médicos.

Colaboramos com o enfermeiro tutor na assistência à pessoa em situação crítica, no contexto da sala de emergência, agindo em antecipação na preparação de terapêutica farmacológica, conforme protocolos terapêuticos, e instituindo medidas de conforto, tendo em conta o pensamento crítico para tomada de decisão e resolução de problemas um recurso para encarar a prática como um desafio constante e não uma sucessão de actos e decisões rotinizadas (Pinto, 2006)<sup>35</sup>.

#### COMPETÊNCIA:

- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEMC.

A criatividade deve ser uma característica inerente ao enfermeiro, pois perante situações imprevistas e na resolução de problemas é uma mais-valia. Durante o Estágio, fomos críticas nos resultados obtidos, tentando perceber a razão dos mesmos e as possíveis falhas.

Por exemplo, quando um doente apresentava situações pontuais de hiperglicemia era importante perceber o motivo, pois por vezes estava apenas relacionado com terapêutica farmacológica em curso, não justificando intervenções significativas.

Verificamos que, por vezes, havia alguma incoerência na prescrição de procedimentos como, por exemplo, na colheita de urina asséptica e para sedimento com indicação para algaliação em doentes com alguma dependência física, mas conscientes e orientados. Tendo em conta o risco de infecção que pode advir dessa técnica, questionamos situações a clínicos responsáveis, permitindo-nos o enfermeiro tutor, autonomia e adequar a intervenção ao doente, sem risco de comprometer o resultado da colheita para análise.

### 1.3 – DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

A gestão de cuidados “é um sistema de processos integrados que se destinam a possibilitar suportar e coordenar os cuidados ao doente através do *continuum* dos serviços de saúde” (Urden *et al.*, 2008)<sup>36</sup>.

A constante preocupação na racionalização dos custos tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde. Os cuidados de Enfermagem são avaliados, não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter. A gestão é, pois, um domínio da área de competência do enfermeiro com EEMC que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2001)<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> Pinto, N. (2006). A importância do pensamento crítico para a decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.

<sup>36</sup> Urden, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição. Lusodidacta, Lisboa, p. 9.

<sup>37</sup> Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa.

### 1.3.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Com a finalidade de promover e otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e adequar recursos face às necessidades de cuidados, foram desenvolvidas actividades de forma a dar resposta aos objectivos do plano de estudos do curso, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

#### COMPETÊNCIA:

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

Durante o Estágio tivemos oportunidade de prestar cuidados tendo em conta diferentes metodologias de trabalho, adequadas a cada realidade, comprovando a eficácia das mesmas.

Prestar cuidados globais e individualizados foi para nós um processo difícil, durante o Módulo I, pois a afluência e a rotatividade de doentes ao SU propicia a prestação de cuidados fragmentada sendo que, por vezes, intervêm diferentes profissionais, de acordo com a disponibilidade que apresentam no momento. Em contexto de OBS, algumas equipas utilizam o método individual, outras por tarefa na organização dos cuidados. Na sala de emergência, cada enfermeiro assume a execução de um determinado procedimento, prevalecendo o método de trabalho por tarefa. Nas restantes áreas, os enfermeiros organizam-se segundo o mesmo método. De forma genérica, a prestação de cuidados não é otimizada segundo as necessidades apresentadas pelos doentes, mas sim de forma a dar resposta às tarefas a executar, ou seja, às actividades de enfermagem interdependentes. Contrariando esta forma de trabalho, participamos com o enfermeiro tutor na prestação de cuidados individualizados (método individual de trabalho) a todos os doentes por nós admitidos. Nas diversas áreas do serviço desenvolvemos intervenções autónomas, planeando, avaliando e executando cuidados ao doente dependente, através da alternância de decúbitos e cuidados de higiene, pois mesmo numa maca é possível proporcionar conforto. Identificamos cuidados de enfermagem com necessidade de continuidade após alta, como realização de pensos, posicionamentos (antiálgicos, redução de edema), eliminação, higiene, conforto e alimentação, informando o doente, familiar ou cuidador dos cuidados a manter.

Durante Módulo II (UCIP), as dificuldades anteriormente referidas não surgiram, pois este serviço é caracterizado pela baixa rotatividade e afluência de doentes que permanecem, por vezes, meses. Ao nível da organização da prestação de cuidados de enfermagem, o serviço adoptou o método de trabalho por enfermeiro de referência, assumindo esse método como o que melhor viabiliza uma prática profissional de qualidade. Opondo-se à fragmentação dos cuidados e à rotinização das tarefas, decorrentes dos métodos tradicionais, a enfermagem de referência surge como uma alternativa facilitadora da prestação de cuidados globais, individualizados e de alto nível de qualidade (Cruz *et al.*, 2002)<sup>38</sup>. Este método privilegia a humanização dos cuidados, estando em concordância com a filosofia da Instituição segundo a

---

<sup>38</sup> Cruz, A. *et al.* (2002). O Método individual de trabalho e suas implicações. *Revista Sinais Vitais*.

Teoria do Cuidar de Jean Watson. Desta forma, as intervenções de enfermagem ao doente crítico e família foram estabelecidas com base nos dez factores do cuidar da teoria de Watson, na qual o pensamento crítico com a filosofia e a ciência do cuidar “oferece uma perspectiva holística e humanista às fases de apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação do processo de enfermagem” (Tomey e Alligood, 2004)<sup>39</sup>. O cuidar transpessoal de Watson focaliza a acção no doente, ambiente, saúde e enfermagem.

Pela necessidade de cuidados, o doente em estado crítico é estimulado com alguma frequência através da aspiração de secreções, ruído dos alarmes de monitores e dispositivos de oxigenação, iluminação artificial, posicionamentos frequentes para alternância de decúbitos e cuidados de higiene. Estas intervenções induzem manifestações de stress como a instabilidade hemodinâmica, facto que constatamos. Prestamos, assim, cuidados tendo em conta as necessidades de cada doente e gerindo ambiente físico que o rodeia, reduzindo estímulos sonoros e iluminação, promovendo conforto e repouso nocturnos. Facilitamos o suporte de familiar significativo como forma de incentivar e auxiliar o processo de comunicação, e expressão de sentimentos face à sua situação clínica. Em todas as intervenções privilegiamos a comunicação com o doente sedado e/ou curarizado, explicando procedimentos. Através da relação de ajuda, incentivamos o autocuidado e a mobilização, com a finalidade de motivar o doente a participar no seu processo de recuperação. Acima de tudo, direccionamos os cuidados para a pessoa que, apesar da dependência física, mantém necessidades humanas básicas individuais e que, embora não consiga fazer-se ouvir, tem vontade própria.

A integração no processo de cuidados ao doente crítico e família foi gradual, tendo sido atribuída pelo enfermeiro tutor, a partir da segunda semana, a responsabilidade de prestarmos cuidados a um dos dois doentes que lhe estavam referenciados. Foi uma estratégia importante e que contribui para incentivar a gestão da tomada de decisão e expressarmos o pensamento crítico ao longo do Estágio. Tivemos oportunidade de participar no processo de admissão a dois doentes transferidos do Serviço de Urgência e do Bloco Operatório, respectivamente. Participamos na preparação da unidade, tendo em conta a informação da situação clínica do doente, e adequamos posteriormente cuidados de conforto. Efectuamos colheita de dados aos familiares no momento da admissão, e durante as primeiras visitas, segundo os padrões funcionais de *Gordon* em uso na UCIP.

Para a documentação do processo de enfermagem através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) foi pedida colaboração ao enfermeiro tutor, a quem foi explicada a ausência de experiência na utilização dos SIE informatizados, revelando-se um importante momento de aprendizagem. Formulamos diagnósticos de enfermagem, recorrendo à taxonomia da CIPE, em uso no serviço, realizando plano de cuidados, definindo as intervenções de enfermagem necessárias e avaliando, posteriormente, os resultados sensíveis aos cuidados, com a supervisão e colaboração do enfermeiro tutor.

---

<sup>39</sup> Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Lusociência, Loures, p.175.

Participamos, também, na transferência de um doente para outro serviço, verificando que esta é efectuada no SAPE, e que engloba apenas os diagnósticos activos à data da transferência. A transferência é sempre um momento planeado com o serviço receptor, sendo o doente acompanhado por um assistente operacional e um enfermeiro.

Tivemos alguma dificuldade na utilização do SAPE e em compreender a taxonomia da CIPE, utilizando a aplicação informática com alguma autonomia no final do Módulo II (UCIP). De forma a desenvolver competências na aplicação da CIPE, perspectivando o desenvolvimento da prática no sentido do modelo conceptual, elaboramos um estudo de caso (ANEXO VI). A elaboração do estudo de caso permitiu-nos orientar e melhorar a prática de cuidados ao doente crítico, através da organização e sistematização dos cuidados, respeitando todas as fases do processo de enfermagem, através da classificação dos fenómenos, acções e resultados de enfermagem, descrevendo e caracterizando a prática com vista ao crescimento e ao desenvolvimento humano, utilizando a teoria de Watson para o cuidar holístico.

Consideramos que a CIPE é uma forma de estruturar e sistematizar os cuidados, constituindo uma estratégia para a consciencialização e a resolução de problemas com a finalidade de formalizar o conhecimento de enfermagem, mas que por vezes não é correctamente utilizada. As intervenções de enfermagem nem sempre são actualizadas diariamente, apresentando-se ocasionalmente incompletas face aos fenómenos, “não traduzindo um problema da CIPE, mas evidenciando uma tradição de não desenvolvermos no dia-a-dia a reflexão e a formulação com rigor, do ponto de vista da documentação, as nossas práticas” (Petronilho, 2003)<sup>40</sup>. Daqui se pode concluir que a informação que estamos a documentar, e que é um indicador de qualidade dos cuidados prestados, não será a mais rigorosa e completa.

O que se pretende com os novos SIE é “documentar novos dados relativos à prestação de cuidados, nomeadamente os dados referentes ao processo de tomada de decisão dos enfermeiros, e paralelamente parece ser desejável reduzir o tempo despendido para produzir a documentação de enfermagem”<sup>41</sup>, facto que não se verificou, totalmente, durante o Módulo I. Para além dos registos informatizados, a UCIP possui uma folha de vigilância e terapêutica que, entre outros, inclui registo horário de parâmetros ventilatórios, monitorização e eliminação. Consideramos que apesar de ser uma folha bastante completa e importante para a continuidade de cuidados, é utilizada como suporte de informação nas passagens de turno, alguns dos dados são duplicados no SAPE, mostrando-se a equipa de enfermagem insatisfeita com o tempo despendido na documentação dos cuidados.

Em contexto de SU a documentação do processo de enfermagem não se efectua no SAPE, sendo, apenas, utilizado para efectuar pedidos de dietas e registo de úlceras de pressão. Através do programa informático de gestão hospitalar *Alert* é disponibilizada em rede toda a

---

<sup>40</sup> Petronilho, F.(2003). S.I.E – Reformulação/Implementação: Que contributos para reflexão e melhoria das práticas. *Revista Sinais Vitais*, 48: 22.

<sup>41</sup> Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Formasau, Coimbra, p.18.

informação relativa aos doentes e respectivos episódios clínicos. Possibilita a gestão eficaz de todos os recursos disponíveis, evita repetições de exames clínicos e faz registo de toda a actividade dos profissionais de saúde. Este instrumento de trabalho, ao permitir o registo das intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem, promove a continuidade de cuidados. Para além dos registos informatizados, o SU, possui uma folha de vigilância e terapêutica que é utilizada, apenas, em OBS. Desta forma, efectuamos registos de acordo com os cuidados prestados, desenvolvendo competências na utilização do programa informático *Alert*, e uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.

Durante o Estágio, estas metodologias de trabalho permitiram-nos um conhecimento global do doente e das suas necessidades, e avaliar os cuidados prestados de forma contínua, promovendo a relação de ajuda, importante para a recuperação do doente. Ao nível do desenvolvimento de competências técnicas, proporcionaram-nos a sistematização de procedimentos de forma progressiva e autónoma.

#### COMPETÊNCIA:

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

Na dinâmica de cuidados (cuidados de higiene e conforto, posicionamentos, realização de pensos, técnicas invasivas, técnicas de reanimação), contribuímos para o trabalho em equipa, “habilidade profissional que depende muito das características individuais dos seus intervenientes, mas também depende muito da formação de um modo e de cada um em particular” (Martins, 2002)<sup>42</sup>, privilegiando a comunicação e o espírito de inter ajuda, características da própria equipa multidisciplinar, e que facilitou o processo de ensino/aprendizagem.

#### COMPETÊNCIAS:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EEMC;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC.

No contexto profissional, com alguma frequência, é-nos atribuída a responsabilidade de turno e substituição da enfermeira chefe. Assim, mais do que conhecer o conteúdo funcional do enfermeiro chefe no âmbito da gestão do serviço (recursos humanos, matérias, cuidados), foi importante identificar o tipo de liderança, pois consideramos que esta é uma habilidade que não está ao alcance de todos. Gerir pessoas com personalidades e motivações diferentes em situações, por vezes, de crise exige competências humanas e relacionais, características identificadas na liderança dos enfermeiros chefes, durante o Estágio. Constatamos que ser chefe exige uma grande gestão de tempo, organização, conhecimentos, inovação, gestão de conflitos, estar presente, entre outras competências. Ser chefe implica liderar uma equipa e dessa liderança depende o sucesso e eficácia do serviço.

---

<sup>42</sup> Martins, C. (2002). A comunicação na equipa de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 45: 44.

Função importante de liderança é, também, atribuída ao enfermeiro responsável de turno que substitui o enfermeiro chefe na sua ausência, exercendo gestão de cuidados, de recursos humanos e de materiais.

Desta forma, durante o Estágio, identificamos as funções do enfermeiro responsável de turno, consultando normas da Instituição. Participando nas diversas tarefas do enfermeiro responsável de turno, colaboramos na supervisão do exercício profissional na área da EEMC. Constatamos que a liderança não é apenas a supervisão de cuidados é trabalhar lado a lado, pois só assim se consegue gerir situações, por vezes, complexas e ter compreensão das necessidades do grupo. Sem dúvida que ao zelar pelo grupo está a zelar pelos cuidados ao doente.

Foi durante o Módulo I (SU) que mais verificamos a evidência do papel do enfermeiro responsável de turno. Ao nível da organização da prestação de cuidados de enfermagem o enfermeiro chefe estabeleceu grupos de trabalho, possuindo, cada um, um enfermeiro responsável, ao qual são atribuídas funções importantes descritas em norma da Instituição. Exerce, assim, substituição do enfermeiro chefe e enfermeiro director, gestão de recursos humanos e de cuidados, providenciando substituição de elementos em falta e elaborando plano de cuidados mensalmente, após elaboração de horário pelo enfermeiro chefe. A gestão de materiais é, também, da sua responsabilidade, providenciando equipamento ou material de consumo clínico em falta no momento. Durante os turnos diurnos, fica destacado à sala de emergência o que lhe permite dar apoio e gerir as outras áreas de trabalho. Observamos, ainda, que os vários grupos possuem alguma autonomia, efectuando reunião de férias, formação, ou outros assuntos de interesse específico. De grupo para grupo a dinâmica de trabalho é diferente, sendo o responsável o impulsionador desta diferença. Segundo Frederico e Leitão (1999)<sup>43</sup>, este método pressupõe uma filosofia de trabalho aberta em que o grupo é liderado por um elemento com competências humanas, técnicas e relacionais. Enfatiza a liderança e comunicação, favorece a dinâmica de grupo e o incentivo à prestação de cuidados de qualidade, pois os elementos com menos experiência podem ser apoiados por outros elementos mais experientes.

Com o aumento dos custos dos cuidados de saúde, tem-se assistido a novos métodos de gestão, nomeadamente, de recursos materiais com vista à diminuição dos gastos, mas de forma a manter a qualidade dos cuidados prestados.

Através da colaboração com o enfermeiro chefe e enfermeiro responsável na dinâmica das actividades desenvolvidas para a gestão de cuidados de enfermagem, verificamos a exigência de se documentar e justificar, cada vez mais, a utilização de determinados fármacos (antibióticos), material de consumo clínico e equipamentos. Com os novos métodos de gestão, pretende-se manter stocks mínimos, evitar o acumular de material e terapêutica farmacológica

---

<sup>43</sup> Frederico, M. e Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª Edição. Formação e Saúde, Coimbra.

que, na maioria da vezes, excediam o prazo de validade. Constatamos a eficácia de alguns destes métodos, durante o Estágio, como o sistema de reposição por leitura de óptica por código de barras, que permite manter o stock adequado às necessidades do Serviço, não havendo ruptura nem excedente de material, pois a encomenda é efectuada automaticamente, e via informática quando se atinge o stock mínimo definido. Após implementação deste método, os gastos foram reduzidos em quase 50%. O método de substituição de carros e o sistema *Pyxes* constituem estratégias importantes para manter um stock adequado, e evitar o expirar de prazos de validade da terapêutica farmacológica. Apesar de causarem algum transtorno à equipa de enfermagem, em contexto de deslocações, pois os fármacos ficam centralizados num determinado local, no geral mostram-se satisfeitos com estes métodos, reconhecendo a sua importância para a segurança dos cuidados.

Desta forma, parecem-nos importantes estratégias para diminuir os custos e melhorar a qualidade, não só dos serviços, mas sobretudo dos cuidados prestados que, segundo Rego (2010)<sup>44</sup>, podem estar em causa no futuro, devido às exigências crescentes dos utilizadores dos serviços de saúde, por um lado, e à contenção de custos das Instituições de saúde, por outro.

#### COMPETÊNCIA:

- Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC.

Durante o Estágio, participamos nos cuidados ao doente em estado crítico e a vivenciar processos de saúde/doença súbita desde a sua admissão até à alta clínica ou transferência. Tomamos iniciativa na aplicação do processo de enfermagem como método de análise de situações complexas, e como instrumento na decisão e resolução dessas situações, adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados, pelo que desenvolvemos, assim, competências no domínio da gestão de cuidados na área da EEMC.

#### 1.4 – DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL

O cuidado ao ser humano, pelo qual a Enfermagem é responsável, abarca valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (Código Deontológico do Enfermeiro)<sup>45</sup>.

Os cuidados de enfermagem centram-se “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais

---

<sup>44</sup> Rego, A. (2010). *Reformas no sector da saúde: A equidade em Cuidados Intensivos*. Universidade Católica Editora, Lisboa.

<sup>45</sup> Artigo 78º, nº2 do Código Deontológico do Enfermeiro.

em que vivem e se desenvolvem ” (Ordem dos Enfermeiros, 2001)<sup>46</sup>. Conhecendo-se a si o enfermeiro consegue compreender e respeitar o outro numa perspectiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos seus cuidados.

#### 1.4.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Sendo importante praticar uma ética relacional, de conforto, e da qual o enfermeiro pode ser detentor nos cuidados globais que presta ao doente e família, foram desenvolvidas actividades de forma a dar resposta aos objectivos do plano de estudos do curso, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

##### COMPETÊNCIA:

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Actuamos de acordo com a ética e deontologia profissional, tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas. No respeito pelo direito à autodeterminação do Código Deontológico do Enfermeiro<sup>47</sup>, proporcionamos ao doente e família a informação possível e em função dos seus próprios interesses sobre todos os actos de enfermagem a executar, obtendo o seu consentimento livre e esclarecido. Sem qualquer prejuízo ao normal funcionamento do SU, permitimos que o doente usufruísse do direito ao acompanhamento, conforme Decreto-lei nº134/09<sup>48</sup>, quando não possível prestamos esclarecimentos. Contribuímos, assim, para diminuir “a desconfiança, a sensação de que a equipa não transmite tudo o que sabe e o pouco tempo de atenção que lhe é dispensado, e que promove dentro dos elementos da família, sentimentos de ansiedade que, se não forem devidamente controlados, evoluem para formas de stress” (Neto *et al.*, 2003)<sup>49</sup>. Atendendo aos “sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa” conforme Código Deontológico do Enfermeiro<sup>50</sup>, salvaguardamos a privacidade e a intimidade do doente, não expondo a sua situação clínica e pessoal em presença de outros doentes; não expondo fisicamente, sem antes adequar todos as medidas de privacidade (biombo, cortina ou sala de procedimentos), pois o espaço físico e a lotação do espaço são, por vezes, condicionantes à dignidade, individualidade e integridade da pessoa doente. No respeito pelo doente terminal, conforme Código Deontológico do Enfermeiro<sup>51</sup>, colaboramos com o enfermeiro tutor na promoção de manifestações de perda pelos familiares, facultando a sua presença junto do seu ente querido. Participamos na comunicação de más notícias, proporcionando ambiente calmo e privacidade. Após a morte prestamos cuidados ao corpo mostrando respeito.

<sup>46</sup> Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, p.8.

<sup>47</sup> Artigo 84.º, a) do Código Deontológico do Enfermeiro.

<sup>48</sup> D.L nº 134/2009 de 14 de Julho.

<sup>49</sup> Neto, A. *et al.* (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no Serviço de Urgência. *Revista Servir*, 51: 216.

<sup>50</sup> Artigo 86.º do Código Deontológico do Enfermeiro.

<sup>51</sup> Artigo 87.º do Código Deontológico do Enfermeiro.

COMPETÊNCIA:

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.

Segundo Neto *et al.* (2003)<sup>52</sup> e Alminhas (2005)<sup>53</sup>, o SU pelas suas características intrínsecas, a intensidade de trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, é por si só indutor da despersonalização e desumanização dos cuidados de enfermagem prestados.

Durante o Módulo I, verificamos que os profissionais de enfermagem acolhem e assistem a pessoa e as várias histórias que a acompanham e que à medida que se vai estabelecendo um diagnóstico clínico se vão dissipando, no final é apenas a hérnia encarcerada, o ventre agudo, a fractura que chegou ao Bloco Operatório. No SU é o marido, a esposa, o filho, o neto, acompanhados por sentimentos de medo, de angústia, pelas perdas que a situação provocou ou pode vir a provocar. Perante esta confrontação de fragilidade da dignidade humana, será que alguém consegue permanecer indiferente? Não nos parece que a perícia técnica seja superior ao poder de cuidar que legitima a acção do enfermeiro, pois quem consegue dar a mão, tranquilizar e dar apoio nas situações mais complexas, como pudemos observar, exerce uma verdadeira sabedoria prática.

O ambiente de uma UCI caracteriza-se como fechado, complexo e tecnológico, com a permanência de doentes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é, por vezes, reservado. Os profissionais de enfermagem debatem-se diariamente com questões éticas, como a indicação para não reanimar, tratamentos e aplicação de novas tecnologias e protocolos. Podendo ser o enfermeiro aquele que melhor conhece os desejos do doente e/ou família, quanto a prolongar ou interromper o tratamento, a sua participação na tomada de decisões éticas é relevante (Urden *et al.*, 2008)<sup>54</sup>.

Durante o Estágio, observamos que os profissionais de enfermagem assistem e participam no prolongamento da vida, por vezes, inconformados com a esperança que os familiares assumem, à medida que os dias vão passando, de uma situação que se prevê inevitável, a morte. Participar neste processo não é fácil, exigindo condições humanas, organizacionais e estruturais, por vezes, inexistentes.

Neste contexto, o cuidado integral do ser humano é fundamental, onde a relação enfermeiro, doente e família deve ser privilegiada.

---

<sup>52</sup> Neto, A. *et al.* (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Revista Servir*.

<sup>53</sup> Alminhas, S. (2005). Cuidar da pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*.

<sup>54</sup> Urden, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição. Lusodidacta, Lisboa.

COMPETÊNCIA:

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.

Confortar os familiares do doente em estado crítico e ajuda-los no processo de saúde/doença, de forma assertiva e adequada, constituiu, para nós, um momento de reflexão sobre o dever de informação e o agir segundo a ética e deontologia profissional.

A comunicação com a família durante o processo de visita é visto, talvez, como um dos momentos difíceis e stressantes nas UCI, devido à “responsabilidade da informação, ao fornecimento de pouca ou nenhuma informação, às sensações de medo e desconforto, às informações mal compreendidas, ao espaço inadequado, entre outros” (Fontes e Ferreira, 2009)<sup>55</sup>. Segundo um estudo realizado por Figueiredo *et al.* (2004)<sup>56</sup>, a presença de familiares durante um período longo de tempo numa UCI intimida a equipa de enfermagem, pois têm que adoptar outras posturas e formas de trabalho, como tratar o doente pelo nome, explicar-lhe procedimentos, chegando mesmo a perturbar a rotina da unidade. Este pouco envolvimento com a família, segundo vários autores, deve-se a alguns factores historicamente impostos, como o estabelecimento de rotinas rígidas quanto ao horário de visitas, às limitações das informações aos familiares e à inflexibilidade em permitir a presença do acompanhante. De qualquer forma, segundo Martins (2008)<sup>57</sup>, os profissionais reconhecem “a família como um elemento a ser cuidado e atendido em algumas de suas necessidades, como a de informação, de permissão de um período maior de visita e flexibilidade de horário”.

Durante o Módulo II (UCIP), verificamos que o tempo que os profissionais de enfermagem dispõem para a família é limitado, não só pela duração da visita (16:30 às 17:30 e 19:00 às 20:00), mas também pela dinâmica de cuidados ao doente crítico. A organização dos cuidados está orientada para permitir que durante o horário de visita se preze o momento e a privacidade entre o doente e o seu par ou familiar, o que nem sempre é possível, pois a exigência de cuidados destes doentes é variável. A informação prestada à família é, essencialmente, clínica, não participando o enfermeiro deste momento, pois cabe à equipa médica fazê-lo no final da visita. Situação que questionamos, pois existindo um espaço físico que permite reserva, individualização e algum conforto que a situação não consente, seria a estratégia possível para o profissional de enfermagem melhor conhecer a problemática daquela família e, assim, envolvê-la no processo de doença/recuperação do doente. Obtivemos a resposta que, evidentemente já tínhamos constatado, os recursos humanos não possibilitam esta estratégia, continuando a permitir-se que o cuidado à família em UCI seja uma quimera.

---

<sup>55</sup> Fontes, A. e Ferreira, A. (2009). Do outro lado da porta...Falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Sinais Vitais*, 85: 33.

<sup>56</sup> Figueiredo, M. *et al.* (2004). Vivências da enfermeira no trabalho de equipe em terapia intensiva: Uma visão fenomenológica. *Revista Arquivos Médicos*.

<sup>57</sup> Martins, J. (2008). O acolhimento à família numa Unidade de Terapia Intensiva: Conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10:1099. Disponível em: [www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm) [data da visita: 11/05/2010].

Desta forma, nos momentos da visita mantivemos proximidade da unidade do doente com a finalidade de permitirmos a abordagem do familiar e, assim, proporcionarmos informação sobre cuidados de enfermagem. Em situações de primeira visita, tivemos oportunidade de apoiar o membro da família significativo, desmistificando a grande envolvimento tecnológica e encorajando o toque e a comunicação com o doente.

Cuidar do doente é pois cuidar da família, devendo o enfermeiro "...analisar a capacidade da família de entender a situação; analisar os seus problemas e as suas necessidades; recolher informação sobre o seu familiar; estabelecer um plano de cuidados adequado à família" (Almeida *et al.*, 1997)<sup>58</sup>.

Com o objectivo de minimizar o desequilíbrio na estrutura familiar a quando da hospitalização, por motivo de doença grave e inesperada de um dos seus elementos, têm sido efectuados estudos de forma a identificar as necessidades da família.

Morgon e Guirardello (2004)<sup>59</sup> concluíram que as necessidades às quais a família atribui mais importância são:

- ✓ Sentir que os profissionais de saúde (unidade de cuidados intensivos) se interessam pelo doente;
- ✓ Saber que está a ser efectuado o melhor tratamento ao seu familiar;
- ✓ Sentir que há esperança;
- ✓ Saber que tratamento está a ser efectuado;
- ✓ Obter respostas sinceras às questões efectuadas.

Através de entrevistas informais, durante a hora de visita, identificamos algumas necessidades manifestadas pelo membro significativo da família, proporcionando soluções adequadas. Por exemplo, em situações de distância geográfica do domicílio, informamos sobre as alternativas à obtenção de informação diária via telefone.

Todo este processo pode começar a qualquer momento. Segundo Fontes e Ferreira (2009)<sup>60</sup>, saber ouvir, observar, é o início para se comunicar com a família e é um dos aspectos mais importantes do cuidado global dos doentes internados em UCI. Os mesmos autores referem, ainda, que a comunicação promove a "interacção social recíproca entre duas ou mais pessoas, cuja relação poderá influenciar no comportamento, na motivação e no estado emocional do emissor e do receptor". Só será possível conhecer e ajudar as famílias se o enfermeiro estiver preparado para ouvir, de uma forma reflexiva, e procurar compreender a realidade. Se conhecermos e aceitarmos as nossas próprias emoções, melhor conseguimos controlá-las e

---

<sup>58</sup> Almeida, C. *et al.* (1997). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados do doente durante o período de internamento. *Revista Enfermagem em Foco*, 28: 41.

<sup>59</sup> Morgon F. e Guirardello E. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

<sup>60</sup> Fontes, A. e Ferreira, A. (2009). Do outro lado da porta...Falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Sinais Vitais*, 85: 33.

cuidar dos outros (Watson, 2002)<sup>61</sup>. É fundamental a utilização de uma linguagem clara e acessível, objectiva e humana, sem uso de termos difíceis, utilizando termos que sejam compreensíveis pelos familiares.

Entendemos que, com base na informação recolhida, um contributo para confortar os familiares do doente em estado crítico e ajuda-los no processo de doença, de forma assertiva e adequada, é dar visibilidade à enfermagem e transmitir à família os cuidados diários ao seu doente, esclarecendo as suas dúvidas, tendo em conta a deontologia profissional<sup>62</sup> no dever de informação, sigilo e respeito pela intimidade. Se tivéssemos um familiar numa UCI, estimaríamos saber que o nosso familiar que não nos respondeu e que vemos sempre deitado na mesma posição, hoje, esteve sentado no cadeirão e abriu os olhos quando estimulado.

#### COMPETÊNCIA:

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

Privilegiamos o acolhimento como forma de humanização de cuidados, estabelecendo uma relação de ajuda a quando do primeiro contacto com o doente e família, demonstrando habilidades na técnica de comunicação, de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, mostrando-se um meio eficaz de intervenção e acompanhamento dos mesmos. Desta forma, “a relação de ajuda assume, no contexto do cuidar, um papel decisivo para que a enfermagem se apresente com as suas intervenções interdependentes e autónomas bem fundamentadas, tanto do ponto de vista científico e técnico, como nas dimensões relacional, ética e humana” (Sousa, 2004)<sup>63</sup>.

Ser assertivo e cuidar o doente e família, em contexto de urgência, é um processo delicado, sendo fundamental a experiência e o conhecimento profundos da clínica do doente e habilidades na comunicação. Para o desenvolvimento das competências definidas, a observação da prática e a orientação do enfermeiro tutor foram indispensáveis.

Antes de iniciar o Módulo II (UCIP), sem experiência ou conhecimento da realidade, havia uma situação que nos causava alguma inquietação - como interagir com pacientes sedados, por vezes, curarizados, aparentemente, incapazes de se expressar.

A primeira abordagem ao doente crítico e profundamente sedado não foi fácil, pois quando falamos e não obtemos resposta verbal ou física, as palavras perdem-se no silêncio do diálogo. Observando os colegas, verificamos que era prática comum proporcionar informação sobre o ambiente, os procedimentos, as sensações e a hora do dia a todos os doentes, pois embora

---

<sup>61</sup> Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Lusociência, Loures.

<sup>62</sup> D.L. nº 104/98 de 21 de Abril, ratificada pela Lei nº 111/2009.

<sup>63</sup> Sousa, A. (2004). A morte no corredor do Serviço de Urgência. *Revista Servir*, 52: 147.

“não se saiba, verdadeiramente, o que o doente inconsciente ou sedado ouve ou recorda, sabe-se que alguns identificam, posteriormente, vozes e situações” (Urden *et al.*, 2008)<sup>64</sup>.

Segundo um estudo qualitativo efectuado por Zinn *et al.* (2003)<sup>65</sup>, com o objectivo de compreender a comunicação com o doente sedado na perspectiva dos profissionais de enfermagem que cuidam desses doentes, concluiu-se que “comunicar com o paciente sedado é um fenómeno difícil, seja pelo grau de sedação, pela falta de tempo, de reflexão e de estrutura da unidade; seja pela dúvida acerca da percepção do paciente sedado diante da mensagem recebida (...) destaca-se a crença e, algumas vezes, a dúvida acerca da audição e da sensibilidade do paciente que está sedado.”

Em relação a essa percepção, não pudemos deixar de dar a nossa opinião e o que observamos foi que, apesar de nem sempre obtermos uma resposta física ou verbal do doente crítico e profundamente sedado, a evidência das sensações relativamente a estímulos externos (aspiração de secreções, iluminação artificial, prestação de cuidados de higiene, cinesiterapia e alteração de decúbitos) é visível pela instabilidade hemodinâmica (aumento da frequência cardíaca, respiratória e tendência para a hipertensão), parâmetros que normalizam após redução de estímulos.

Sendo difícil comunicar com o doente crítico inconsciente, assistir à frustração e ansiedade do doente crítico consciente, com via aérea artificial, incapacitado de fazer entender os seus desejos, as suas dúvidas, os seus medos e as suas necessidades, é problemático.

Uma experiência pessoal foi a de um doente traqueostomizado, com suporte ventilatório, sedado mas consciente, incapaz de gesticular por atrofia músculo-esquelética, que tentava comunicar, articulando palavras inaudíveis o que lhe causava um grande desânimo, pois nem sempre era compreendido. Com este doente privilegiamos a comunicação não verbal, através do toque e expressões faciais de forma a tranquiliza-lo, pois, segundo Silva *et al.* (2006)<sup>66</sup>, “um dos aspectos mais importantes na relação comunicativa consiste na variedade de expressões faciais” e no “toque afectivo, ou seja, o toque não relacionado a uma tarefa, é uma potente intervenção terapêutica que transmite interesse, pois proporcionam confiança e tranquilizam o doente”<sup>67</sup>. Esta técnica de comunicação (não verbal) é, ainda, evidenciada por Birdwhistell (1985), citado por Silva (2000)<sup>68</sup> que considera que “apenas 35% do significado social de qualquer interacção corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que, de vez em quando, verbaliza”.

Incentivamos a comunicação com palavras, evitando frases longas conseguindo, o doente, em algumas situações, fazer-se entender. Na transmissão de sentimentos, emoções e dúvidas era

---

<sup>64</sup> Urden, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição. Lusodidacta, Lisboa, p.54.

<sup>65</sup> Zinn, G. *et al.* (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: Vivência de quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11:331.

<sup>66</sup> Silva, A. *et al.* (2006). Técnicas de comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais Vitais*, 68: 50.

<sup>67</sup> *Ibidem*: 51.

<sup>68</sup> Silva, L. *et al.* (2000). Comunicação não verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

muito difícil compreendê-lo, revelando ansiedade e frustração, emoções descritas por Happ *et al.* (2004)<sup>69</sup> em doentes com prótese ventilatória. Privilegiamos e estimulamos a comunicação na presença do familiar significativo com o intuito de facilitar a compreensão, uma vez que, segundo o autor, “a presença dos familiares facilita a comunicação com os doentes ventilados mecanicamente (...) pois contribuem para diminuir o seu sofrimento emocional”<sup>70</sup>.

Não nos parece que outra técnica de comunicação se adequasse a este doente, pois, segundo Silva *et al.* (2006)<sup>71</sup>, é “difícil exprimir alguns sentimentos por uma figura num quadro”.

Vários estudos revelaram que as UCI são locais que enfatizam os recursos materiais e a tecnologia, onde a máquina realiza o cuidado e os profissionais ocupam-se e concentram-se no manuseio da mesma. A nossa experiência revelou que, afinal, o afago, o aperto de mão e o olhar carinhoso ainda existem o que, sem dúvida, contribui para a comunicação eficaz com o doente ventilado.

## 1.5 – DOMÍNIO DA GESTÃO DA QUALIDADE

Conforme padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001)<sup>72</sup>, a tomada de decisão com base em evidência, isto é, “o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”, e princípios humanistas, o enfermeiro tem “presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”, contribuem para elevados níveis de satisfação dos doentes.

### 1.5.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Tendo em conta o ambiente terapêutico e seguro foram desenvolvidas actividades de forma a dar resposta aos objectivos do plano de estudos do curso, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

#### COMPETÊNCIA:

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

Durante o Estágio, tivemos oportunidade de apresentar uma acção formativa, comunicando os resultados da nossa prática clínica e profissional e de pesquisa, promovendo o desenvolvimento de competências técnicas e conceptuais dos profissionais de enfermagem, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com dor aguda no SU.

---

<sup>69</sup> Happ, M. *et al.* (2004). Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*.

<sup>70</sup> *Ibidem*: 215.

<sup>71</sup> Silva, A. *et al.* (2006). Técnicas de comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais Vitais*, 68: 53.

<sup>72</sup> Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa, p.10.

COMPETÊNCIAS:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Face à importância da prática baseada na evidência, analisamos protocolos, normas e procedimentos com a finalidade de verificar a sua validação científica, sugerindo, também, algumas alterações/actualizações, pois com “a crescente complexificação paralela ao devir vertiginoso que assistimos nos campos da saúde e dos cuidados, o dever de decidir envolve um cada vez mais esforço do profissional. Para a prossecução das metas e padrões que são exigidos, são necessárias decisões esclarecidas, firmadas em pressupostos válidos” (Pinto, 2006)<sup>73</sup>.

Não sendo, o SU, um serviço cuja qualidade dos cuidados prestados dependa da visibilidade de procedimentos invasivos e cuidados continuados por períodos de tempo longos, mas sim de resultados no momento como técnicas de reanimação e suporte de vida, os profissionais baseiam a sua prática em protocolos rígidos de actuação, validados e recomendados, já referenciados ao longo do relatório, possuindo práticas bem documentadas e dinamismo na actualização de conhecimentos e desenvolvimento de competências.

Face à norma de vigilância do doente com risco de queda da Instituição propusemos a sua alteração, identificando os elementos de parametrização da Escala de Morse (ANEXO VII), com base em evidência científica, e sugerida a sua afixação nas várias áreas do serviço de forma a possibilitar a avaliação, identificação e registo dos doentes com risco de queda. O enfermeiro chefe verificou a lacuna da situação e pertinência da sugestão, permitindo a sua concretização. Face ao indicador definido, índice de participação em normas e procedimentos, obtivemos uma apreciação de 100%.

Face à avaliação e documentação da dor, a Direcção-Geral da Saúde (2003)<sup>74</sup> recomenda que “na folha de registo dos sinais vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, deve ser incluído espaço próprio para registo da intensidade da Dor”. Em contexto de OBS, a folha de registos de sinais vitais não inclui essa parametrização, pelo que propusemos a utilização de impresso próprio de registo de avaliação e controlo da dor, em vigor na Instituição, até adequação da folha do serviço. Para documentar a dor, especialmente em doentes impossibilitados de comunicar (doentes em estado crítico, sedados e em ventilação mecânica), propusemos a utilização da escala comportamental da dor, instrumento desenvolvido e

---

<sup>73</sup> Pinto, N. (2006). A importância do pensamento crítico para a decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6:11.

<sup>74</sup> Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003. *Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/) [data da visita: 18/10/2010].

validado para uso clínico por Aissaoui *et al.* (2005)<sup>75</sup> e Young *et al.* (2006)<sup>76</sup>, pois, segundo Carneiro *et al.* (2008)<sup>77</sup>, “ a incapacidade de comunicar verbalmente não invalida a possibilidade de sentir dor e a necessidade de tratamento específico...”.

Face à utilização de lençóis esterilizados como campo cirúrgico, em contexto de sala de emergência, para a colocação de cateter central, dreno torácico e pequena cirurgia, propusemos a substituição por campos cirúrgicos impermeáveis e esterilizados. Esta sugestão foi aceite, pois as normas e orientações da CCI e as evidências científicas recomendam que se utilizem campos impermeáveis com o objectivo de prevenir a infecção.

Durante o Módulo II (UCIP), verificamos que o uso de medidas de isolamento de procedimentos, o posicionamento dos doentes de forma a evitar úlceras de pressão e pé equino, o decúbito ventral para promover a ventilação/perfusão adequadas, a manutenção de dispositivos urinários e intravasculares, as medidas de prevenção da PAV, quando aplicados adequadamente, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006)<sup>78</sup>, permitem comprovar a sua eficácia através dos resultados obtidos na prática, sendo algumas delas fortemente recomendadas para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

Analizamos alguns destes procedimentos e protocolos (perfusão contínua endovenosa de insulina no doente crítico e administração de nutrição entérica) com o enfermeiro tutor, facultando as pesquisas efectuadas como suporte de validação científica das boas práticas do serviço e que contribuem para a prestação de cuidados de qualidade.

#### COMPETÊNCIAS:

- Participar e promover a investigação em serviço na área da EEMC;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EEMC.

Não tendo tido um papel activo na promoção da investigação, durante o Estágio, cumprimos procedimentos de acordo com a CCI e a gestão de risco através de práticas seguras, no sentido de evitar erros clínicos, quedas, entre outros incidentes que podem lesar quer os doentes, quer os profissionais. Assumimos uma postura responsável na prestação de cuidados ao doente em contexto de urgência, doente crítico e família, aceitando as responsabilidades inerentes à nossa actuação. Pedimos colaboração ao enfermeiro tutor, sempre que não fomos capazes de dar resposta a alguma situação.

---

<sup>75</sup> Aissaoui, Y. *et al.* (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia Analgesia*.

<sup>76</sup> Young, J. *et al.* (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*.

<sup>77</sup> Carneiro, A. *et al.* (2008). *Curso de evidência na emergência: Manual de procedimentos*. 1ª Edição. Porto, p.33.

<sup>78</sup> Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2006). Programa Nacional de Controlo de Infecção. Ministério da Saúde, Lisboa.

Na prática diária, privilegiamos a higienização das mãos como principal estratégia para a prevenção da IACS, pois, segundo a DGS (2007)<sup>79</sup>, “não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis”. Desta forma, e tendo em conta as estratégias estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através da *World Alliance for Patient Safety* para 2005/2006, que foram, também, assumidas pelo Ministério da Saúde com a reformulação em 2007 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da IACS, colocamos em prática os cinco momentos de higienização das mãos: higienizamos as mãos antes do contacto com o doente, antes de procedimentos assépticos, após exposição a fluidos orgânicos, após contacto com o doente e após contacto com equipamento e área envolvente do doente.

No SU, a vigilância do doente e os protocolos terapêuticos instituídos constituem um simultâneo de infinitas tarefas em vários doentes, sendo o risco de errar muito elevado. As Metas Internacionais de Segurança do Paciente, propostas pela OMS (2005)<sup>80</sup> em colaboração com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), fizeram, para nós, mais sentido aqui do que em qualquer outro serviço. Sendo assim, antes da administração de terapêutica farmacológica ou outros procedimentos, verificamos identificação do doente, confirmando com a pulseira identificativa; quando indicação verbal de algum procedimento ou terapêutica farmacológica, repetimos para confirmar e só depois executamos, sendo em contexto de sala de emergência um procedimento recomendado; efectuamos *checklist* pré-operatória, verificando o cumprimento do protocolo cirúrgico, procedimentos importantes, história de alergias, entre outros; efectuamos *checklist* da sala de emergência, mala de transporte, teste de ventiladores e desfibrilhador conforme norma; avaliamos, identificamos e registamos risco de queda do doente, através da Escala de Morse.

Participamos com a enfermeira tutora na preparação da unidade a quando da admissão de doentes, durante o Módulo II (UCIP), realizando teste de fugas do ventilador, providenciando sistemas de ventilação (traqueias, cachimbo e filtro) de monitorização (cabos, transdutores) e equipamento técnico (seringas perfusoras), verificando a existência e adequação de material de consumo clínico individualizado. Após recepção e estabilização de doente, adequando medidas de conforto, foi dada resposta a protocolo de admissão, realizando colheita de espécimes para microbiologia. Este consiste na colheita de sangue para hemograma, bioquímica, estudo da coagulação, gasimetria e zaragatoa das fossas nasais e região perianal.

---

<sup>79</sup> Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde, Lisboa, p. 4.

<sup>80</sup> Meta 1 – Identificar os pacientes correctamente; Meta 2 – Melhorar a efectividade da comunicação entre os profissionais; Meta 3 – Melhorar a segurança de terapêutica farmacológica potencialmente perigosa; Meta 4 – Verificar cirurgia no local correcto, procedimento correcto e paciente correcto; Meta 5- Diminuir o risco de infecção associada aos cuidados de saúde; Meta 6 – Reduzir o risco de lesão nos pacientes, decorrentes de quedas.

Estas medidas visam a detecção e controle de focos de infecção, identificando-os e tratando-os precocemente, prevenindo assim a sua disseminação.

Desta forma, tivemos sempre como meta promover cuidados de saúde de qualidade e práticas seguras, com o princípio máximo de que medidas simples podem salvar vidas.

## **2- CONCLUSÃO**

Com a actual evolução dos cuidados de saúde resultante dos progressivos conhecimentos científicos e tecnológicos, a evolução da prática de cuidados e as consequentes exigências dos seus utilizadores, torna-se fundamental o investimento dos profissionais de enfermagem em formação específica e especializada. Emerge, assim, uma nova ideologia de profissionalismo baseada na competência técnica, mas que exige, cada vez mais, o desenvolvimento de competências humanas e relacionais devido ao aumento da complexidade das situações que apelam a tomadas de decisões mais exigentes no âmbito da ética e deontologia profissional (Carvalhinhas, 2004)<sup>81</sup>.

A elaboração do relatório permitiu dar visibilidade ao desenvolvimento de competências clínicas especializadas na arte de cuidar a pessoa, em contexto de uma Unidade de Cuidados Intensivos e de um Serviço de Urgência, através da concretização dos objectivos definidos para o mesmo. Em cada domínio de competência, descrevemos e fundamentamos as actividades mais relevantes para a nossa aprendizagem através de uma reflexão pessoal, com recurso à experiência profissional, formação pós-graduada, informação adequada (conhecimento científico), e apreciação de indicadores de desempenho. Apresentamos situações problema identificadas durante o Estágio, estratégias sugeridas e a sua concretização. Este relatório constituiu, pois, um momento da aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento da capacidade de análise crítico-reflexiva e de síntese, mostrando-se a metodologia utilizada ser apropriada.

Exige-se, hoje, ao enfermeiro especialista não só o saber, saber fazer e saber ser enfermeiro, como, também, saber transformar-se no sentido de acompanhar a permanente evolução que se observa, bem como saber pensar enfermagem no que se refere à procura de respostas para os problemas observados.

O Estágio constituiu, assim, um contributo para a aquisição de um corpo de conhecimentos na área da EEMC, enriquecimento pessoal e profissional para a prática de cuidados seguros e adequados à individualidade de cada pessoa em situação crítica e a vivenciar processos de saúde/doença súbita. A busca da verdade através da observação e questionamento pessoal das situações vivenciadas permitiram-nos ser livres e autónomas nas decisões e prestar cuidados com responsabilidade.

A reflexão e o conhecimento científico, para uma prática baseada na evidência, foi o que nos proporcionou este novo paradigma de ensino, centrado no desenvolvimento das aprendizagens do formando e não apenas na transmissão de conhecimentos, possibilitando a conclusão de um projecto pessoal.

---

<sup>81</sup> Carvalhinhas, A. (2004). Desenvolvimento humano e profissional: Uma exigência ética. *Revista Informar*.

As Unidades de Cuidados Intensivos são locais onde, simultaneamente, coexistem a angústia e a esperança, onde perante situações clínicas de extraordinária gravidade e complexidade se associam meios, saberes e competências para promover a recuperação da vida e da saúde (Urden *et al.*, 2008)<sup>82</sup>.

Assistir e participar na continuidade de cuidados ao doente em situação crítica foi revelador, pela rapidez de recuperação de alguns destes doentes fruto, também, de uma equipa de enfermagem dedicada, motivada, verdadeiros peritos na arte de cuidar, onde a envolvimento tecnológica não se sobrepõe à vontade do doente.

O Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente possibilitou-nos a agilização de procedimentos técnico-científicos e práticas bem documentadas no contexto do controlo de infecção, gestão de risco e protocolos terapêuticos, uma vez que a equipa multidisciplinar baseia a sua prática em protocolos rígidos de actuação, validados e recomendados.

Tivemos alguma dificuldade na utilização do SAPE e em compreender a taxonomia da CIPE, utilizando a aplicação informática com alguma autonomia no final do Estágio. Concluímos que, hoje, os SIE informatizados constituem uma importante estratégia para a documentação do processo de enfermagem. A elaboração de um estudo de caso permitiu-nos desenvolver competências na aplicação da CIPE, e mostrar a aplicabilidade do modelo conceptual de enfermagem na prática profissional. Desta forma, orientamos e melhoramos a prática de cuidados ao doente crítico através da organização e sistematização dos cuidados, respeitamos todas as fases do processo de enfermagem através da classificação dos fenómenos, acções e resultados de enfermagem, descrevendo e caracterizando a prática com vista ao crescimento e desenvolvimento humanos.

A primeira abordagem ao doente crítico ventilado não foi fácil, revelando-se o processo de comunicação um grande momento de aprendizagem. Através da observação, da reflexão e da pesquisa de informação científica, adequamos cuidados e estratégias na comunicação com o doente ventilado, privilegiando a comunicação não verbal através do toque e expressões faciais. Esta revelou-se uma metodologia eficaz no processo de comunicação, importante para promover a relação terapêutica enfermeiro/doente.

A relação com a família é um aspecto que a equipa de enfermagem de cuidados intensivos deve privilegiar, não só pelo papel que esta representa na recuperação do doente em estado crítico, mas também pelas necessidades que possui devido a desestruturação familiar e que o processo de doença provoca. Verificamos, no entanto, que o tempo que os profissionais de enfermagem dispõem para a família é limitado, não só pela duração da visita, mas também pela dinâmica de cuidados que o doente crítico exige. Em consequência desta dinâmica organizacional não tivemos muitas oportunidades para desenvolver esta relação, pelo que

---

<sup>82</sup> Urden, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição. Lusodidacta, Lisboa.

privilegiamos vários momentos de reflexão com a equipa multidisciplinar e pesquisa de informação científica, o que nos ajudou na compreensão desta temática. No entanto, quando oportuno, contribuímos para que a prestação de cuidados à família do doente crítico não permaneça uma quimera.

O envelhecimento da população associado aos problemas epidemiológicos têm vindo a modificar a realidade e o contexto dos cuidados no Serviço de Urgência, que se caracteriza, cada vez mais, pelo elevado número de pessoas idosas, muitas das quais, com pluripatologias, elevados índices de incapacidade e dependência. As situações verdadeiramente agudas, cada vez menos, dão lugar à descompensação da doença crónica, que caracteriza a população idosa, e que origina um episódio agudo com contornos mais complexos quando comparado com as populações mais jovens (Tavares, 2010)<sup>83</sup>. O recurso a este serviço é, com frequência, inapropriado, sendo muitas das queixas não urgentes, provocado pela escassa rede social e condição socioeconómica da população.

Desta forma, o enfermeiro de urgência depara-se com um conjunto de novos desafios na abordagem do cuidado. Hoje, é uma exigência combinar o conhecimento e capacidade em lidar com situações de emergência com o conhecimento que se focaliza no cuidado à pessoa idosa, e na capacidade em lidar com situações sociais complexas, como o abandono, a solidão e a violência (Phipps *et al.* 2003)<sup>84</sup>.

Esta foi a equipa que, durante o Estágio no Serviço de Urgência, mais do que o aperfeiçoamento e agilização de algumas técnicas, permitiu-nos a compreensão da globalidade do doente e família, as suas fragilidades e necessidades perante condicionantes físicas e dinâmicas de trabalho intensas, que nem sempre permitem a prestação de cuidados individualizados e humanos. Verificamos, pois, o esforço de uma equipa que todos os dias mostrou capacidade de lidar e agir perante as mais variadas situações imprevistas e complexas.

Com base nesta realidade, privilegiamos a relação de ajuda, estabelecendo uma comunicação aberta com o doente e família de forma a compreender a globalidade da situação, a transmitir e recolher informação importante (condição bio-psico-social e cultural antes da doença) para o desenvolvimento do cuidado integral e, assim, proporcionar segurança e conforto.

A experiência profissional e a formação pós-graduada na área da emergência e anestesiologia permitiram-nos, no Serviço de Urgência, não só prestar cuidados de segurança ao doente em situação crítica e risco de vida, como também contribuir para o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros. A acção de formação apresentada, no âmbito da dor aguda, permitiu que os profissionais de enfermagem manifestassem mais interesse na aplicação e adequação das técnicas e dispositivos da analgesia, para o controlo e tratamento da dor no contexto da realidade do serviço. Neste sentido, identificamos, ainda, a inadequação da avaliação e registo

---

<sup>83</sup> Tavares, J. (2010). As pessoas idosas nos Serviços de Urgência: Que desafios para a enfermagem. *Revista Sinais Vitais*.

<sup>84</sup> Phipps, W. *et al.* (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. Lusociência, Loures.

da dor, em contexto de OBS, pelo que propusemos a utilização de impresso em vigor na Instituição; para documentar a dor em doentes impossibilitados de comunicar, propusemos a utilização da escala comportamental da dor. Apesar do enfermeiro chefe e equipa de enfermagem verificarem a pertinência das sugestões, até à conclusão do Estágio, estas não foram implementadas.

Face à importância da prática baseada na evidência e com vista à prestação de cuidados de qualidade, sugerimos alterações/actualizações de procedimentos e normas no Serviço de Urgência, como, por exemplo, a norma de vigilância do doente com risco de queda da Instituição, para a qual propusemos a sua alteração, identificando os elementos de parametrização da Escala de Morse. Foi sugerida a sua afixação nas várias áreas do serviço, de forma a possibilitar a avaliação, identificação e registo dos doentes com risco de queda. O enfermeiro chefe verificou a lacuna da situação e pertinência da sugestão, permitindo a sua concretização. Por motivos técnicos, até à conclusão do Estágio, as escalas não foram afixadas.

Com este vasto contributo para o desenvolvimento/aquisição de competências humanas, relacionais e técnicas, gostávamos de poder dizer que, hoje, somos pessoas diferentes, mas somos as mesmas pessoas com uma visão diferente do que somos, e do que podemos ser, enquanto impulsionadores de uma Enfermagem avançada e, cada vez mais, gente que cuida de gente, com base em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Como limitação à consecução de alguns objectivos mais audaciosos, como o desenvolvimento de projectos de investigação, salientamos a duração do Estágio que deveria ser mais longa, inclusive para possibilitar a agilização de alguns procedimentos técnicos em contexto de Cuidados Intensivos.

Futuramente, pretendemos continuar a aplicar e ampliar as competências adquiridas/desenvolvidas, no contexto profissional, com destaque para a promoção e desenvolvimento de estudos de investigação, de forma a dar visibilidade aos cuidados de qualidade que se prestam no nosso serviço (Anestesiologia) no âmbito da Unidade de Dor Aguda, e para os quais não há evidência científica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aissaoui, Y. *et al.* (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia Analgesia*, 101: 1470-1476.
- Almeida, C. *et al.* (1997). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados do doente durante o período de internamento. *Revista Enfermagem em Foco*, 28: 36-43.
- Alminhas, S. (2005). Cuidar da pessoa no Serviço de Urgência. *Revista Sinais Vitais*, 75: 57-60.
- Alto Comissariado da Saúde. (2007). *Recomendações clínicas para o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)*. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 60 pp.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora, Coimbra, 294 pp.
- Carneiro, A. *et al.* (2008). Curso de evidência na emergência: Manual de procedimentos. 1ª Edição. Porto, 413 pp.
- Carvalhinhas, A. (2004). Desenvolvimento humano e profissional: Uma exigência ética. *Revista Informar*, 33: 24-32.
- Ceia, C. (2006). *Normas para apresentação de trabalhos científicos*. 6ª Edição. Editorial Presença, Queluz de Baixo, 77 pp.
- Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. Administração Regional de Saúde do Norte, 143 pp.
- Cruz, A. *et al.* (2002). O Método individual de trabalho e suas implicações. *Revista Sinais Vitais*, 43: 25-29.
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Ministério da Saúde, Lisboa, 20 pp.
- Figueiredo, M. *et al.* (2004). Vivências da enfermeira no trabalho de equipe em terapia intensiva: Uma visão fenomenológica. *Revista Arquivos Médicos*, 2: 29-42.
- Fontes, A. e Ferreira, A. (2009). Do outro lado da porta...Falar com a família numa Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Sinais Vitais*, 85: 33-38.
- Frederico, M. e Leitão, M. (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª Edição. Formação e Saúde, Coimbra, 193 pp.
- George, J. *et al.* (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª Edição. Artmed Editora, Porto Alegre, 375 pp.

Happ, M. *et al.* (2004). Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 13: 210-218.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2006). *Programa Nacional de Controlo de Infecção*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Luz, E. (2003). Importância dos conteúdos da carta da alta para a continuidade dos cuidados. *Revista Nursing*, 175: 34-44.

Martins, C. (2002). A comunicação na equipa de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 45: 43-46.

Morgon F. e Guirardello E. (2004). Validação da escala de razão das necessidades de familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2: 198-203.

Neto, A. *et al.* (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo Enfermeiro no Serviço de Urgência. *Revista Servir*, 51: 214-228.

Nightingale, F. (1969). *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. Dover Publications, New York, 140 pp.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, 16 pp.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, 24 pp.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Lisboa, 45 pp.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional, sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Lisboa, 45 pp.

Petronilho, F. (2003). S.I.E - Reformulação/implementação: Que contributos para reflexão e melhoria das práticas. *Revista Sinais Vitais*, 48: 19-22.

Phipps, W. *et al.* (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. Lusociência, Loures, 2670 pp.

Pinto, N. (2006). A importância do pensamento crítico para a decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 6: 11-15.

Rego, A. (2010). *Reformas no sector da saúde: A equidade em Cuidados Intensivos*. Universidade Católica Editora, Lisboa, 215 pp.

Silva, A. *et al.* (2006). Técnicas de comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais Vitais*, 68: 49-53.

- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Formasau, Coimbra, 398 pp.
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55: 11-20.
- Silva, L. *et al.* (2000). Comunicação não verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4: 52-58.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Ordem dos médicos, 45 pp.
- Sousa, A. (2004). A morte no corredor do Serviço de Urgência. *Revista Servir*, 52: 144-148.
- Tavares, J. (2010). As pessoas idosas nos Serviços de Urgência: Que desafios para a enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 88: 26-33.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Lusociência, Loures, 750 pp.
- Urden, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição. Lusodidacta, Lisboa, 1265 pp.
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. 2ª Edição. Universidade Católica Editora, Lisboa, 155 pp.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Lusociência, Loures, 182 pp.
- Young, J. *et al.* (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22: 32-39.
- Zinn, G. *et al.* (2003). Comunicar-se com o paciente sedado: Vivência de quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11: 326-332.

## LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, ratificada pela Lei n.º 111/2009, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei n.º 134/2009 de 14 de Julho.

Despacho n.º 24 681/2006 de 25 de Outubro. *Diário da República n.º 231 - II Série de 30 de Novembro de 2006*.

## REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

American Association of Critical-Care Nurses. (2010). *Oral care for patients at risk for ventilator-associated pneumonia*. Disponível em: [www.accn.org](http://www.accn.org) [data da visita: 11/05/2010].

European Resuscitation Council. (2005). *Versão Portuguesa das recomendações para a reanimação*. Conselho Português de Ressuscitação. Actualização em Dezembro de 2010. Disponível em: [WWW.cprguidelines.eu](http://WWW.cprguidelines.eu) [data da visita: 15/12/2010].

Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003. *Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/) [data da visita: 18/10/2010].

Circular Normativa nº11 de 18/06/2008. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/) [data da visita: 18/10/2010].

Martins, J. (2008). O acolhimento à família numa Unidade de Terapia Intensiva: Conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10:1099. Disponível em: [www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm) [data da visita: 11/05/2010].

# **ANEXOS**



# ANEXO I – Listagem de Indicadores de Desempenho



## INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES DE DESEMPENHO			TOTAL
Índice de sessões informais de educação para a saúde realizadas	Nº de sessões informais de educação para a saúde realizadas	32	<b>100%</b>
	Nº de doentes aos quais foram identificadas necessidades	32	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências na prevenção de controlo de infeção	Nº de doentes com cuidados diferenciados	42	<b>100%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes em ventilação mecânica	Nº de doentes com cuidados diferenciados	38	<b>90,5%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com monitorização invasiva	Nº de doentes com cuidados diferenciados	42	<b>100%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com drenagens torácicas	Nº de doentes com cuidados diferenciados	2	<b>4,8%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes a realizar métodos de depuração renal	Nº de doentes com cuidados diferenciados	8	<b>19%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes neurocríticos	Nº de doentes com cuidados diferenciados	5	<b>11,9%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes politraumatizados	Nº de doentes com cuidados diferenciados	10	<b>23,8%</b>
	Nº total de doentes	42	

## INDICADORES DE DESEMPENHO

INDICADORES DE DESEMPENHO			TOTAL
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com terapia nutricional entérica	Nº de doentes com cuidados diferenciados	35	<b>83,3%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com traqueostomia	Nº de doentes com cuidados diferenciados	10	<b>23,8%</b>
	Nº total de doentes	42	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes emergentes	Nº de doentes emergentes aos quais prestei cuidados	19	<b>100%</b>
	Nº total de doentes na sala de emergência	19	
Índice de oportunidade para o desenvolvimento de competências em cuidar doentes com dor aguda	Nº de doentes aos quais foi avaliada dor	25	<b>100%</b>
	Nº de doentes identificados com dor aguda	25	
Índice de participação em normas e procedimentos	Nº de participações em normas e/ou procedimentos	1	<b>100%</b>
	Nº de situações identificadas para elaboração de normas e/ou procedimentos	1	

## ANEXO II – Plano de Sessão da Acção de Formação



**PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**  
**ESTÁGIO DA EEMC, MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA**

**Tema:** Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência – Pessoa com Dor Aguda      **Data:** 25 de Outubro de 2010      **Hora:** 15:30  
**Duração:** 50 Minutos      **Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Urgência      **Local:** Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, Unidade de Guimarães

<b>Objectivos Gerais</b>	<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Conteúdo Programático</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Equipamentos / Audiovisuais</b>	<b>Avaliação</b>
No final desta sessão os formandos deverão ser capazes de avaliar e controlar a dor aguda no doente em contexto de urgência, conforme Protocolos da Instituição.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar as estratégias mas adequadas para avaliação e controlo da dor aguda;</li> <li>• Conhecer as técnicas de analgesia mais utilizadas no controlo da dor aguda e seus efeitos colaterais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisiopatologia da dor;</li> <li>• Estratégias de actuação na avaliação e controlo da dor aguda;</li> <li>• Cuidados a ter com os dispositivos médicos utilizados para analgesia e controlo da dor aguda;</li> <li>• Protocolos da Unidade de Dor Aguda em vigor na Instituição e respectivos Protocolos de Vigilância de possíveis efeitos colaterais;</li> <li>• Administração de opióides e terapêutica de resgate;</li> <li>• Experiências sobre a dor aguda e o seu controlo no Serviço de Urgência.</li> </ul>	Expositiva Participativa Interrogativa	Videoprojector, Computador	<p>1ª Nível, satisfação no final da formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de questionário de satisfação em vigor para a formação em serviço da Instituição.</li> </ul>

**Elaborado por:**

Marisa João Fernandes, aluna da EEMC,  
Enfermeira no Serviço de Anestesiologia



# ANEXO III – Suporte Teórico da Acção de Formação





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – PESSOA COM DOR AGUDA



Marisa João Fernandes

Guimarães, Outubro de 2010





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde



Elaborado por:

Marisa João Fernandes

Aluna do 3º Curso de  
Mestrado em Enfermagem  
com Especialização em  
Médico-Cirúrgica



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

APA - American Psychological Association

EEMC - Enfermagem de Especialização em Médico-Cirúrgica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

Fig. – Figura

SNC – Sistema Nervoso Central

EVA – Escala Visual Analógica

DGS – Direcção-Geral da Saúde

PCA – Patient Controlled Analgesia

DIB – Drug Infusion Balloon

AINÉs – Anti-inflamatórios não Esteróides

EAM – Enfarte Agudo de Miocárdio

UDA – Unidade de Dor Aguda



## ÍNDICE

<b>0 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1 – FISIOPATOLOGIA DA DOR.....</b>	<b>7</b>
<b>2 – AVALIAÇÃO DA DOR.....</b>	<b>12</b>
<b>3 – INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS PARA O CONTROLO DA DOR AGUDA .....</b>	<b>17</b>
3.1 – TÉCNICAS NÃO CONVENCIONAIS DE ADMINISTRAÇÃO DE ANALGÉSICOS. .17	
3.1.1 – TÉCNICAS DE PERFUSÃO CONTÍNUA .....	17
3.1.2 – ANALGESIA DO NEURO-EIXO.....	20
3.1.3 – ANALGESIA LOCO- REGIONAL.....	21
3.2 – ANALGESIA MULTIMODAL .....	22
3.3 – FARMACOS .....	23
3.4 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	26
<b>4 – UNIDADE DE DOR AGUDA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E, GUIMARÃES.....</b>	<b>30</b>
<b>5 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>33</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

ANEXO I – Diapositivos da acção de formação, “Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência – Pessoa com Dor Aguda”

ANEXO II – Impresso para Registo de Avaliação e Controlo da Dor do Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E, Guimarães



## 0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa, Unidade Curricular Estágio, Módulo I, está a elaboração do presente suporte teórico que serviu de orientação para apresentação de uma formação em serviço (ANEXO I), “Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência – Pessoa com Dor Aguda.” Esta formação, surgiu da necessidade, manifestada pela equipe de enfermagem do Serviço de Urgência, em aprofundar alguns conhecimentos e desenvolver competências, relacionados com as técnicas, dispositivos de analgesia e Protocolos da Unidade de Dor Aguda em vigor na Instituição.

A dor pela sua prevalência e potencial pode causar incapacidade e muito sofrimento, um verdadeiro problema de saúde pública, que justifica uma actuação planeada, organizada e validada cientificamente.

Neste contexto, desde 2001, ano em que foi concebido o Plano Nacional de Luta Contra a Dor, que a Direcção-Geral da Saúde com a colaboração da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor definiu o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam intervenções eficazes para o alívio da dor, “importa, assim, que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.”<sup>1</sup>

Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, desenvolveram-se e criaram-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem da dor.

A avaliação e controlo da dor são, também, um indicador de qualidade das instituições. Segundo a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), 2003, as Instituições que prestam cuidados de saúde devem:

- ✓ Avaliar a presença da dor em todos os doentes e, se presente avaliar a sua natureza e intensidade;
- ✓ Garantir e assegurar a competência dos profissionais na avaliação e tratamento da dor;

---

<sup>1</sup> Circular Normativa n° 9 de 14/06/2003. DGS.

- ✓ Estabelecer políticas institucionais e procedimentos para garantir o adequado tratamento da dor;
- ✓ Incluir a abordagem da dor nas avaliações de desempenho e medidas de melhoria dos cuidados.<sup>2</sup>

O controlo eficaz da dor é, pois, um direito dos doentes que dela padecem, um dever dos profissionais de saúde e um passo fundamental na efectiva humanização das unidades de saúde.

Em contexto do Serviço de Urgência, a importância da dor revela-se enquanto sintoma de uma lesão ou disfunção orgânica. Particularmente no que se refere à dor aguda, está bem patente no facto de ela constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Igualmente, a dor é, inúmeras vezes, um dos sintomas mais relevantes para o estabelecimento de um diagnóstico médico correcto, pelo que deve ser compreendida e valorizada.

Mas, mesmo assim, em contexto de Serviços de Urgência, continuam a faltar protocolos de controlo e tratamento da dor aguda, apesar das várias orientações das Associações e Organizações Internacionais.<sup>3</sup>

Desta forma, com o presente suporte teórico, pretende-se:

- ✓ Uniformizar procedimentos na avaliação e controlo da dor aguda no doente em contexto do Serviço de Urgência;
- ✓ Compilar as estratégias mais utilizadas para avaliação e controlo da dor aguda;
- ✓ Abordar os diferentes dispositivos de controlo da dor aguda e seu manuseamento;
- ✓ Alertar para efeitos colaterais de fármacos e de técnicas de analgesia;
- ✓ Relembrar as intervenções de enfermagem relativas à pessoa com dor aguda.

Estruturalmente, numa primeira parte é efectuada uma contextualização do tema, com uma breve abordagem à fisiopatologia da dor, seguindo-se a descrição das estratégias e meios para avaliação, controlo e tratamento da dor aguda, fazendo-se especial referência às situações mais comuns em contexto do Serviço de Urgência da Instituição e em vigor na Unidade de Dor Aguda da mesma. No final, é efectuada uma breve caracterização da Unidade de Dor Aguda da Instituição, como complemento à compreensão e uniformização de procedimentos.

---

<sup>2</sup> JCAHO. (2003). Pain Management Standards.

<sup>3</sup> WHO . (2007). *Normative Guidelines on Pain Management*. Geneva.

Como metodologia utilizada, foi efectuada consulta de normas da Instituição e pesquisa bibliográfica, que foi referenciada segundo a norma American Psychological Association (APA). Todas as imagens presentes estão referenciadas e autorizadas.

## I – FISIOPATOLOGIA DA DOR

Tradicionalmente, o termo dor era utilizado em diversas situações não necessariamente médicas. Só no séc. XIX os filósofos sociais e os biólogos separaram o termo dor do sofrimento e os médicos iniciaram o estudo do tratamento biológico da dor, isto é, da resposta física aos estímulos nociceptivos.

A subjectividade inerente à dor torna-a extremamente difícil de definir. O subcomité de Taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), em 1979 definiu-a como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma actual ou potencial lesão tecidual, ou que é descrita como tal.”<sup>4</sup>

A definição de McCaffery (1989) de que a dor é “qualquer coisa que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”<sup>5</sup>, teve alteração na prática, focalizando a atenção dos profissionais de saúde na subjectividade da dor.

As suas características multidimensionais incluem muitas componentes, como as fisiológicas, sensoriais, afectivas, cognitivas e comportamentais. A componente fisiológica refere-se à nocicepção e à resposta ao stress. A componente sensorial é a percepção de muitas características da dor, como a intensidade, localização e qualidade. A componente afectiva inclui emoções negativas como a ansiedade e o medo, que podem estar associados à experiência da dor. A componente cognitiva refere-se à interpretação da dor pela pessoa que a sente. Finalmente, a componente comportamental inclui as estratégias usadas pela pessoa para exprimir, evitar ou controlar a dor.<sup>6</sup>

### **Processo de transmissão da dor**

O processo, pelo qual um estímulo doloroso é consciencializado, envolve quatro fases (fig. I):

- ✓ **Transdução** – conversão do estímulo doloroso num impulso que é transportado da periferia até ao sistema nervoso central (SNC). Os receptores da dor, ou nociceptores, são extremidades nervosas, livres, de neurónios aferentes não mielinizados ou ligeiramente mielinizados. Os estímulos que lesam os tecidos, podem ser mecânicos, térmicos ou químicos;
- ✓ **Transmissão** – os impulsos da dor são transmitidos até à espinal medula por dois tipos de fibras, as fibras A-delta, de condução mais rápida, finamente mielinizadas, e as fibras C, não mielinizadas, de condução mais lenta. As fibras dos nervos aferentes primários

---

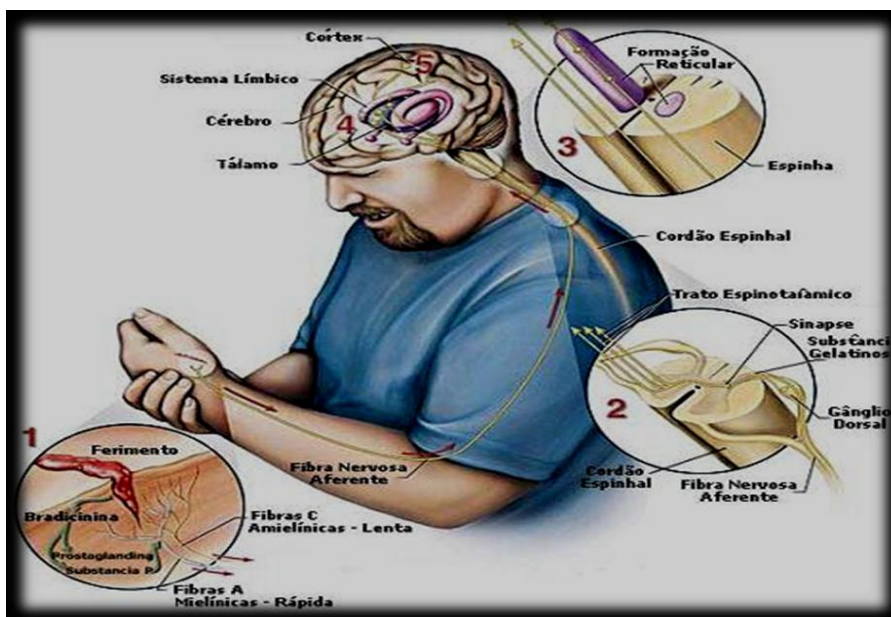
<sup>4</sup> Pain terms. Sp.

<sup>5</sup> McCaffery, M. e Beebe, M. (1989). *Pain: clinical manual for nursing practice*. Mosby. Missouri. Sp.

<sup>6</sup> Adams, N. (1997). *Psychosocial factors affecting pain*.

entram na espinal medula através da raiz dorsal e fazem sinapse, nos neurónios de segunda classe, dentro de 6 níveis, ou lâminas, interligadas, no corno dorsal. Através da sinapse das fibras nociceptivas com fibras motoras na espinal medula, a rigidez muscular surge por actividade reflexa. A rigidez muscular pode ser um indicador comportamental associado à dor;

- ✓ Modulação – libertação, pelo SNC, de opóides endógenos que inibem a transmissão da sensação de dor na espinal medula e produzem analgesia. As vias espinais descendentes, desde o tálamo através do mesencéfalo e medula, até aos cornos dorsais da espinal medula, conduzem impulsos inibitórios nociceptivos;
- ✓ Percepção – a dor é multidimensional e altamente variável, pois as projecções para o sistema límbico permitem a expressão da componente afectiva da dor. As projecções para o córtex sensorial localizado no lobo parietal permitem à pessoa descrever as características sensoriais da sua dor, como a localização, intensidade e qualidade. É uma experiência pessoal, subjectiva, que pode ser influenciada por factores como o significado da situação que é única para cada pessoa. A tolerância à dor varia entre os indivíduos que experimentam o mesmo estímulo nocivo.<sup>7 8</sup>



**Figura I** - Processo de transmissão da dor<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Sintra, R. et al. (2009). *Acute Pain Management*. Cambridge University Press.

<sup>8</sup> Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Permanyer Portugal.

<sup>9</sup> [medicinageriatrica.com.br](http://medicinageriatrica.com.br)

## **Fisiopatologia**

A fisiopatologia da dor inclui os processos que se julga contribuir para a dor fisiopatológica ou persistente, ou seja, como fica alterado o sistema nervoso sujeito a repetidos estímulos nocivos. A duração e a localização da dor determinam as suas manifestações clínicas.

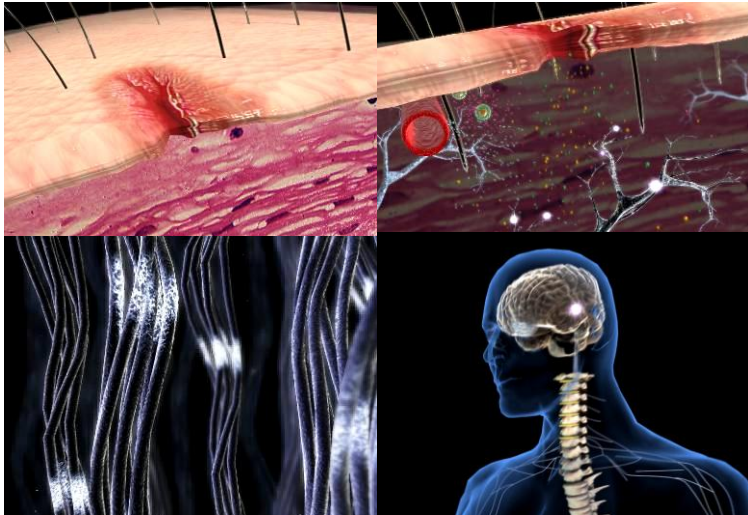
Segundo Cardoso (1999) “nem toda a dor pode ser descrita como um único mecanismo neuronal”<sup>10</sup>, sendo, clinicamente, a classificação mais utilizada a divisão da dor, quanto à sua origem, em três tipos:

- ✓ **Somática** - resulta da activação de nociceptores periféricos cutâneos e profundos; bem localizada é sentida como uma pontada (fig. II);
- ✓ **Visceral** - a infiltração, compressão ou distensão de órgãos activa os nociceptores, originando uma dor mal localizada, profunda, frequentemente, acompanhada de dor referida. Esta é devida à enervação somática e visceral de que vai resultar a sensação de dor em locais distantes da lesão (fig. III);
- ✓ **Neuropática** – é uma dor constante, frequentemente, acompanhada da sensação de queimadura ou choque eléctrico. Pode surgir quando neurónios sensoriais ficam hiperexcitáveis e começam a descarregar em locais anómalos ao longo do seu percurso. A focalização de excitabilidade nas fibras sensoriais lesadas causa a estimulação dos centros superiores e conseqüente percepção espontânea da dor. Juntamente com a actividade ectópica, a lesão directa de um nervo pode provocar diferentes formas de dor neuropática devido à actividade efática, ocorrendo hiperexcitabilidade de nervos lesados e transmissão de potenciais de acção através de fibras sensoriais adjacentes não-lesadas e não-estimuladas (fig. IV).

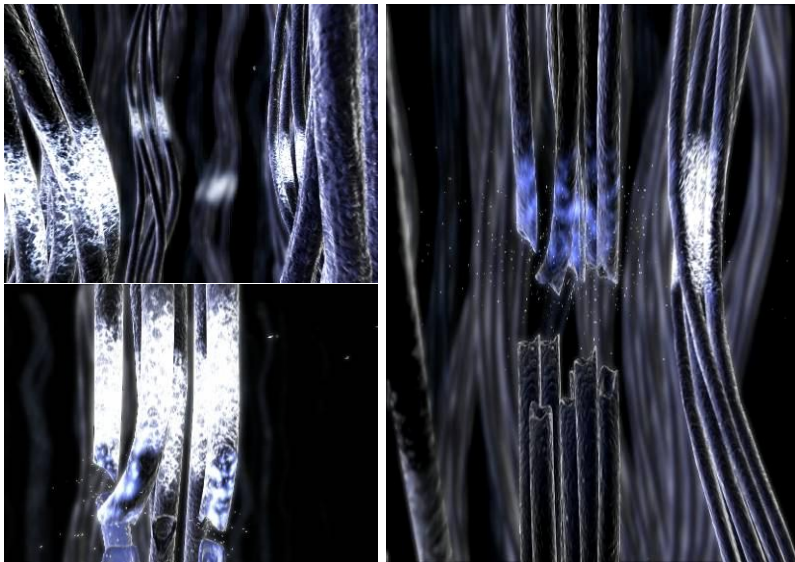


**Figura II** - Transmissão da dor nociceptiva - somática<sup>11</sup>

<sup>10</sup> Cardoso, A. (1999). *Manual de tratamento de dor crónica*. Lidel. Lisboa, p.13.



**Figura III** - Transmissão da dor nociceptiva - visceral<sup>12</sup>



**Figura IV** - Transmissão da dor neuropática<sup>13</sup>

A dor pode ser classificada em termos de duração em dois tipos, que podem ocorrer separadamente ou em conjunto:

- ✓ Dor Aguda – “é, essencialmente, um episódio transitório e informa a pessoa de que algo está mal. O início é, em regra, súbito, a pessoa apercebe-se da causa, e é normal

---

<sup>11</sup> WWW.georgiapainphysicians.com

<sup>12</sup> Ibidem.

<sup>13</sup> Ibidem.

as áreas dolorosas serem bem identificadas.”<sup>14</sup> Quando as extremidades sensoriais de fibras nervosas aferentes primárias são activadas por forte estímulo nocivo, e o cérebro interpreta como dolorosas as informações por elas transportadas, ocorre dor aguda. Esta dor é designada nociceptiva, já que resulta de actividade de fibras aferentes nociceptivas intactas, saudáveis, que apenas são despertadas por estímulo intenso.

- ✓ Dor Crónica – “ persiste para além do tempo usual de cicatrização ou cura, e muitas vezes continua presente por mais 6 meses. Pode começar como dor aguda, mas depois persistir, ou o início pode ser tão insidioso que a pessoa não consegue com exactidão referir quando começou a senti-la.”<sup>15</sup> A dor suscitada por estímulos nocivos, repetidos ou continuados, pode sensibilizar e alterar o sistema nervoso, ocorrendo dor crónica. Esta dor é designada de neuropática.

---

<sup>14</sup> Phipps, W. et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e prática clínica*. 6ª Edição, Lusociência. Loures. Volume I, p. 370.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

## 2 – AVALIAÇÃO DA DOR

Para que o tratamento da dor seja o mais eficaz possível, é necessário proceder à sua avaliação e seu respectivo registo. É, no entanto, uma tarefa difícil mas relevante para o seu controlo.

A avaliação deve ser efectuada de forma objectiva e continuada, pelos profissionais de saúde, tendo em conta a dor como 5º Sinal Vital. Consegue-se, desta forma, efectuar um controlo terapêutico adequado da dor, proporcionar segurança à equipa multidisciplinar, promovendo a melhoria e qualidade de vida do doente.<sup>16</sup>

Segundo Cardoso (1999), a “avaliação da dor deve começar por uma história clínica cuidada que inclua:

- ✓ Antecedentes pessoais - para conhecimento tanto da experiência dolorosa anterior como dos hábitos medicamentosos;
- ✓ Avaliação psico-social – se possível, realizada por especialistas na área da psicologia e do serviço social;
- ✓ Doença actual – a sua evolução e terapêuticas efectuadas, com especial atenção para aquelas que possam contribuir para o alívio ou agravamento da dor (radioterapia, quimioterapia, etc);
- ✓ História da dor (características temporais, localização, intensidade, qualidade, factores atenuantes e exacerbantes, sintomatologia associada, invalidez resultante, interferências nas actividades de vida diárias, etc.);
- ✓ Exame físico com eventual avaliação neurológica sumária;
- ✓ Planeamento da terapêutica – deve ser cuidada e rigorosa, envolvendo, sempre que necessário, especialistas de outras áreas que possam de alguma forma contribuir para o alívio da sintomatologia ou executando técnicas diagnósticas;
- ✓ Reavaliação – é um dos aspectos mais importantes; toda a prescrição implica uma reavaliação, seja após a primeira consulta, ou após os reajustes terapêuticos.”<sup>17</sup>

Na última década foram inúmeros os instrumentos elaborados com intuito de facilitar a avaliação e mensuração da intensidade da dor.

Estes podem ser o auto-relato, baseando-se na expressão subjectiva do doente o que possibilita saber aspectos qualitativos e quantitativos da dor, bem como o impacto desta na

---

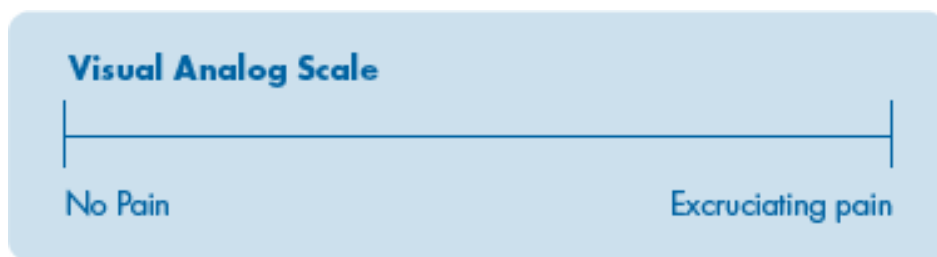
<sup>16</sup> Circular Normativa nº 9 de 14/06/20003. DGS.

<sup>17</sup> Cardoso, A. (1999). *Manual de tratamento de dor crónica*. Lidel. Lisboa, pp.17-18.

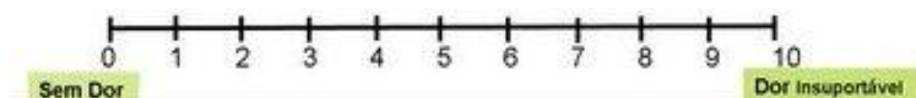
vida do doente; a observação do comportamento do doente (linguagem não verbal); e os instrumentos de mensuração que podem ser unidimensionais, quando permitem uma avaliação de uma das dimensões da dor e multidimensionais, quando permitem avaliar várias dimensões da experiência dolorosa.<sup>18 19</sup>

A DGS (2003) considera norma de boa prática a utilização para mensuração da intensidade da dor, uma das seguintes escalas unidimensionais, validadas internacionalmente:

- ✓ Escala Visual Analógica (EVA) – consiste numa linha horizontal ou vertical, que tem assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e noutra, a classificação “Dor Máxima”. O doente terá que sinalizar sobre a linha o ponto que representa a intensidade da sua dor (fig. V);
- ✓ Escala Numérica - consiste numa régua dividida em 11 partes iguais, numerada de 0 a 10, em que 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e 10 a classificação “Dor Máxima” (fig. VI);
- ✓ Escala de Faces – é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, registando-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente (fig. VII);
- ✓ Escala Visual Analógica modificada – é a mais utilizada por ter sido convertida em escala quantitativa (numérica) e escala qualitativa (faces), facilitando avaliação e registo da dor (fig. VIII).



**Figura V** - Escala Visual Analógica<sup>20</sup>

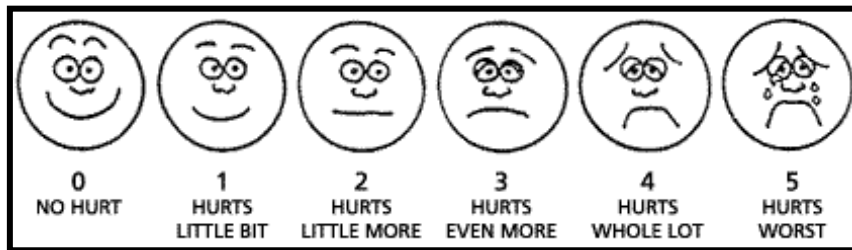


**Figura VI** - Escala Numérica<sup>21</sup>

<sup>18</sup> Sintra, R. et al. (2009). *Acute Pain Management*. Cambridge University Press.

<sup>19</sup> Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Permanyer Portugal.

<sup>20</sup> [www.medtronicneuro.com.au/common/images/ctnt\\_img\\_analogscale.gif](http://www.medtronicneuro.com.au/common/images/ctnt_img_analogscale.gif).



**Figura VII** - Escala de Faces<sup>22</sup>



**Figura VIII** – Escala Visual Analógica Modificada <sup>23</sup>

Para além da descrição que o doente faz da dor, os profissionais de saúde podem basear-se na observação de indicadores fisiológicos (frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória, características da pele, pupilas, e parâmetros ventilatórios) e comportamentais (expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular, “compliance” com ventilador, sons ou vocalizações) que se manifestam com a dor e que são particularmente importantes em doentes confusos, com alteração do estado de consciência, em estado crítico, sedados e em ventilação mecânica.<sup>24</sup>

Alguns destes indicadores observáveis estão incluídos em instrumentos desenvolvidos e validados para uso clínico <sup>25 26</sup>, como é a Escala Comportamental da Dor (fig. IX), utilizada em Unidades de Cuidados Intensivos para documentar a dor, especialmente em doentes

<sup>21</sup> doescronicas.com.br

<sup>22</sup> [http://hcpres2.healthcommunities.com/wp-content/uploads/2007/08/wong\\_faces.gif](http://hcpres2.healthcommunities.com/wp-content/uploads/2007/08/wong_faces.gif).

<sup>23</sup> [www.eletroterapia.com.br](http://www.eletroterapia.com.br)

<sup>24</sup> Urden, L. et al. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição, Lusodidacta. Lisboa.

<sup>25</sup> Aissaoui, Y. et al. (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia Analgesia*, **101**: 1470-1476.

<sup>26</sup> Young, J. et al. (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, **22**: 32-39.

impossibilitados de comunicar, pois “ a incapacidade de comunicar verbalmente não invalida a possibilidade de sentir dor e a necessidade de tratamento específico...”<sup>27</sup>

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

**Figura IX – Escala Comportamental da Dor<sup>28</sup>**

A DGS (2003), recomenda que “na folha de registo dos sinais vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, deve ser incluído espaço próprio para registo da intensidade da Dor”, pois só desta forma pode ser avaliada e controlada numa base regular para todos os doentes. Só assim, se assegura que a dor seja detectada e o tratamento iniciado antes de se desenvolverem complicações associadas com a dor não aliviada.

### **Efeitos prejudiciais da persistência de dor aguda**

A dor aguda está normalmente associada a cirurgia, trauma, intervenções não cirúrgicas e doença súbita (enfarte agudo do miocárdio, cólica renal, pancreatite aguda), que não tratada origina complicações importantes<sup>29</sup>, tais como:

- ✓ Cardiovasculares - taquicardia, hipertensão, isquemía (aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio), fenómenos tromboembólicos devidos a estáse venosa, provocada pela imobilização decorrente do estímulo algico;
- ✓ Respiratórias – diminuição da expansão torácica, capacidade vital e funcional residual pulmonar, originando atelectasias, incapacidade na mobilização das secreções e pneumonias.

Outras consequências da dor não tratada de forma adequada são, a diminuição da qualidade de vida do doente com o aumento do tempo de internamento, agravamento da patologia de base,

<sup>27</sup> Carneiro, A. et al. (2008). *Curso de evidência na emergência: Manual de procedimentos*. 1ª Edição. Porto.

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> The Royal College of Anaesthetists. (2009). *Guidance on the provision of anaesthesia services for Acute Pain Management. Acute pain services*.

a readmissão hospitalar, aumento da morbilidade e custos hospitalares e evolução para dor crónica.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Ibidem.

### 3 – INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS PARA O CONTROLO DA DOR

O tratamento da dor aguda é tão multidimensional como a sua avaliação, sendo uma tarefa multidisciplinar. O seu controlo pode ser farmacológico, não farmacológico ou a combinação de ambos. Em contexto hospitalar predominam as intervenções farmacológicas, uma vez que com as técnicas disponíveis, actualmente, pode-se conseguir um tratamento efectivo da dor aguda em cerca de 100%.<sup>31 32</sup>

As intervenções farmacológicas incluem:

- ✓ Técnicas convencionais - Analgesia por métodos tradicionais de administração de analgésicos (endovenosa, intramuscular, oral);
- ✓ Técnicas não convencionais - Métodos não tradicionais de administração de analgésicos (neuro-eixo, loco-regional e analgesia controlada pelo doente).

#### 3.1 – TÉCNICAS NÃO CONVENCIONAIS DE ADMINISTRAÇÃO DE ANALGÉSICOS

Uma vez que a dor deixou de ser considerada uma consequência inevitável de uma cirurgia, trauma, doença súbita ou outras intervenções, a qualidade da analgesia é cada vez mais importante. Com esta finalidade, nos últimos anos, têm-se desenvolvido técnicas de analgesia seguindo duas grandes orientações: a primeira, no que respeita à utilização de novas vias de administração de analgésicos e a segunda que trata da melhoria das técnicas de prescrição (protocolos de analgesia).<sup>33</sup>

##### 3.1.1 – TÉCNICAS DE PERFUSÃO CONTÍNUA

##### **Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA)**<sup>34</sup>

A PCA é um método de analgesia que, através de uma bomba infusora, permite a auto-administração de pequenas doses de analgésicos. Permite ao doente controlar o nível de dor e evitar os picos e os vales das doses intermitentes da analgesia convencional. O doente pode

---

<sup>31</sup> Jin, F. e Chung, F. (2001). Multimodal analgesia for postoperative pain control. *Journal Clinical Anesthesia*.

<sup>32</sup> Lehmann, K. (2005). Proceedings of the Symposium “Updates of the Clinical Pharmacology of Opioids with Special Attention to Long-Acting Drugs” Recent Developments in Patient-Controlled Analgesia. *Journal of Pain and Symptom Management*.

<sup>33</sup> The Royal College of Anaesthetists. (2009). Guidance on the provision of anaesthesia services for Acute Pain Management. *Acute pain services*.

<sup>34</sup> Nome original – Patient Controlled Analgesia.

administrar a si próprio um bólus no início da dor, agindo, desta forma, em antecipação o que permite um corredor analgésico sem flutuações dos níveis do analgésico utilizado.

A via de administração pode ser endovenosa, epidural, peri-neural, com perfusão contínua ou bólus.

É pré-programada, com parâmetros adequados a cada doente, o que permite segurança na sua utilização. Após administração do bólus pelo doente, entra em funcionamento um dispositivo de segurança que impede qualquer administração posterior, até decorrer o tempo previamente definido. Este intervalo, denominado “lockout” (intervalo mínimo de administração), é programado previamente com o objectivo de permitir uma margem de tempo suficiente para que o fármaco possa exercer os seus efeitos, evitando assim uma sobredosagem.

A Morfina é o fármaco mais utilizado via endovenosa. Via epidural e peri-neural utilizam-se anestésicos locais, como a Ropivacaína associada, por vezes, ao Fentanil.

A combinação dos opióides e anestésicos locais administrados via epidural, permite uma melhoria da qualidade de analgesia, uma vez que, através da sua acção sinérgica permite a redução da dose total de ambos, diminuindo assim, os efeitos secundários.

Em relação à via endovenosa a via epidural tem vantagens:

- ✓ Permite uma anestesia completa da zona bloqueada sem afectar a função respiratória, nem o nível de consciência do doente;
- ✓ O efeito analgésico pode prolongar-se, enquanto necessário;
- ✓ Contribui para diminuição do risco de deiscência de suturas intestinais, ao produzir menor incidência de íleus pós-operatório e um aumento do fluxo sanguíneo intestinal;
- ✓ Diminui a incidência de trombose venosa profunda e do tromboembolismo pulmonar;
- ✓ Reduz o consumo de morfina, quando se utilizam anestésicos locais.<sup>35</sup>

Nem todos os doentes são candidatos à PCA, pois as alterações do nível de consciência ou percepção cognitiva impedem a compreensão do equipamento.

O facto de permitir ao doente auto-administrar as doses de analgésico não diminui o papel do enfermeiro, pois é necessária uma contínua vigilância dos efeitos colaterais e monitorização da analgesia, se é eficaz ou não.

---

<sup>35</sup> Lehmann, K. (2005). Proceedings of the Symposium “Updates of the Clinical Pharmacology of Opioids with Special Attention to Long-Acting Drugs” Recent Developments in Patient-Controlled Analgesia. *Journal of Pain and Symptom Management*.

### **Efeitos colaterais e complicações**

A via de administração e o analgésico utilizado vão condicionar o possível aparecimento de complicações (associadas às técnicas de analgesia) e efeito colateral dos fármacos utilizados (associados às vias de administração).

Assim, como complicações derivadas da técnica (PCA) estão descritos erros operacionais (programação incorrecta, quantidade de analgésico inadequada, falha no dispositivo de bólus, falha no sistema de perfusão, falha na preparação da cassete) e erros mecânicos (falha na administração da dose prescrita, falha na administração da perfusão, falha no sistema de alarme, funcionamento geral imperfeito).

A administração de opióides pode induzir complicações, tais como:

- ✓ Sedação excessiva;
- ✓ Depressão respiratória;
- ✓ Náuseas e vómitos;
- ✓ Apatia ou euforia;
- ✓ Prurido;
- ✓ Retenção urinária.<sup>36</sup>

A administração de anestésicos locais pode induzir complicações, relacionadas com a toxicidade sistémica (administração endovenosa acidental ou sobredosagem) tais como:

- ✓ Adormecimento da língua e lábios;
- ✓ Alterações visuais;
- ✓ Tremores;
- ✓ Perda de consciência;
- ✓ Convulsões;
- ✓ Coma;
- ✓ Paragem cardiorrespiratória.

---

<sup>36</sup> Caseiro, J. (2007). *Biblioteca da dor*. Permyer Portugal.

### **Bomba Infusora Elastomérica (DIB)<sup>37</sup>**

O DIB é um dispositivo de silicone, de perfusão contínua que funciona por pressão elástica, como um difusor, de uso único.

Possui um sistema de regulação de fluxo (sensor de fluxo), na extremidade do sistema de administração, que mantém a velocidade de perfusão inalterável. A libertação do fármaco é efectuada pela pressão elástica do balão de silicone, pelo que não necessita de nenhuma força externa, evitando-se os problemas eléctricos e alarmes sonoros.

A via de administração pode ser endovenosa, epidural e peri-neural.

Em contexto de dor aguda os fármacos mais utilizados, na composição do DIB, via endovenosa são os analgésicos opióides (Tramadol), associados a analgésicos (Metamizol) e antieméticos (Metoclopramida) em dosagem adequada a cada doente e conforme protocolo de analgesia prescrito.

Via epidural, o DIB, pode ser preenchido com anestésico local (Ropivacaína) associado a opióide (Fentanil) em dosagem adequada a cada doente e conforme protocolo de analgesia prescrito.

Via peri-neural, o DIB, pode ser preenchido com anestésico local (Ropivacaína) em dosagem adequada a cada doente e conforme protocolo de analgesia prescrito.

### **Efeitos colaterais e complicações**

A via de administração e o analgésico utilizados vão condicionar o possível aparecimento de complicações (associadas às técnicas de analgesia) e o efeito colateral dos fármacos utilizados (associados às vias de administração), conforme foi descrito no ponto anterior.

## 3.1.2– ANALGESIA DO NEURO-EIXO

### **Analgesia Epidural**

A analgesia do neuro-eixo mais utilizada é a analgesia epidural, que consiste na inserção de um cateter no espaço epidural, que se localiza entre a dura mater e o ligamento amarelo e se prolonga desde a base do crânio ao osso sacro (fig. X).

A analgesia epidural está particularmente indicada para a dor torácica, abdominal, perineal e membros inferiores, associada a situações agudas, traumáticas e/ou cirúrgicas. O local de inserção do cateter (lombar ou torácico) vai depender da região afectada.

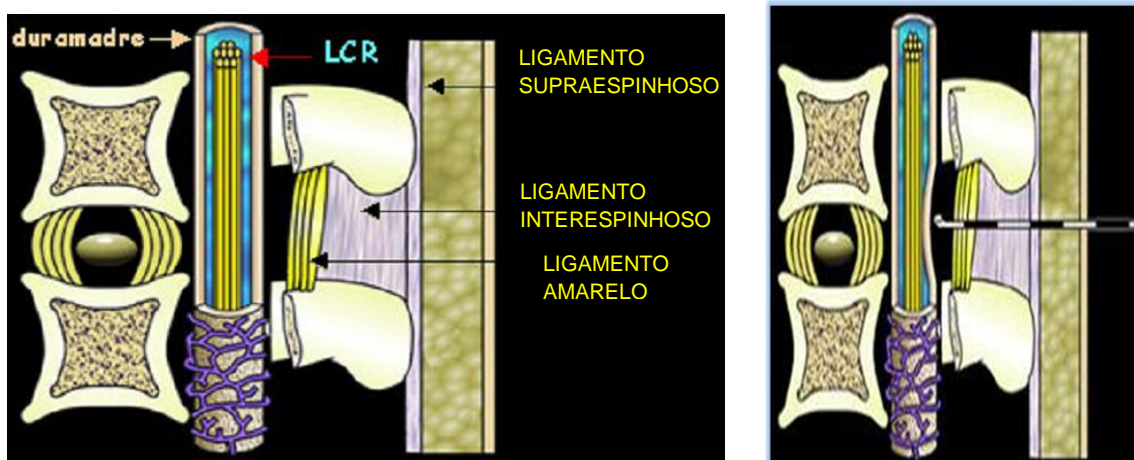
---

<sup>37</sup> Nome original – Drug Infusion Balloon.

Os fármacos mais utilizados na analgesia epidural, são os anestésicos locais, como a Ropivacaína, e os opióides, como a Morfina e o Fentanil. Podem ser utilizados dispositivos para perfusão contínua (seringas e bombas infusoras e elastómeros) ou bólus.

### **Efeitos colaterais e complicações**

Os efeitos colaterais estão associados aos fármacos utilizados (depressão respiratória e sedação, hipotensão, prurido e retenção urinária) podendo surgir com esta técnica algumas complicações tardias (Cefaleias pós-punção da dura, dor lombar, complicações infecciosas, hematoma epidural e complicações neurológicas).<sup>38</sup>



**Figura X** – localização do Cateter Epidural

### 3.1.3 – ANALGESIA LOCO-REGIONAL

#### **Bloqueio de Nervos Periféricos**

O bloqueio de nervos periféricos é uma técnica loco-regional utilizada como método de anestesia para intervenções cirúrgicas, especialmente em ortopedia, mas, cada vez mais, é utilizada como técnica de analgesia em situações agudas, traumáticas e/ou cirúrgicas.

Consiste na injeção de um anestésico local na proximidade de um nervo ou tronco nervoso que provoca interrupção da transmissão do impulso nervoso, produzindo anestesia ou analgesia da região que o mesmo enerva (fig. XI).

Para controlo da dor aguda é inserido um cateter peri-neural, na proximidade de um nervo ou tronco nervoso. O cateter fica conectado a um dispositivo de analgesia contínua, PCA ou DIB, (fig. XII).

<sup>38</sup> Hurford, W. et al. (2000). *Massachusetts General Hospital: Procedimientos en Anestesia*. 5ª Edição, Marbán. Madrid.

Os fármacos mais utilizados para este tipo de analgesia são os Anestésicos Locais, como a Lidocaína e Ropivacaína.

### **Efeitos Colaterais e Complicações**

Os efeitos colaterais estão associados aos fármacos utilizados (toxicidade neurológica e cardiovascular, alergia ao anestésicos locais) podendo surgir com esta técnica algumas complicações locais (infecciosas, necrose e gangrena por vasoconstritores associados a AL, hematoma por lesão de um vaso, lesão de um órgão vizinho, lesão de uma fibra nervosa).<sup>39</sup>

Os equipamentos (ecógrafo e neuroestimulador) utilizados nesta técnica podem contribuir para que as complicações que daí advêm sejam, cada vez mais, raras.<sup>40</sup>



**Figura XI** - Bloqueio Contínuo do Nervo Femoral (inserção de cateter peri-neural)



**Figura XII** – Cateter Peri-Neural conectado a PCA

### 3.2 – ANALGESIA MULTIMODAL

Todo o tipo de dor tem início de forma aguda, envolvendo o sistema nervoso periférico, central e componente psicológica, sendo necessário o seu controlo, além da abordagem farmacológica, o uso de métodos adjuvantes caracterizando o tratamento multimodal completo.

<sup>39</sup> Ibidem.

<sup>40</sup> Correia, C. e Lages, N. (2008). Conceitos primários de ecografia e cinco abordagens essenciais. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, **17**: 8-21.

A analgesia multimodal “descreve o uso de mais do que uma modalidade ou agente analgésico com o objectivo de aumentar a eficácia analgésica e/ou reduzir os efeitos adversos. A combinação de modalidades analgésicas com diferentes mecanismos ou locais de acção é muitas vezes necessário, sendo actualmente recomendada.”<sup>41</sup>

Desta forma, a analgesia multimodal caracteriza-se pela combinação de infiltração local, bloqueio loco-regional ou bloqueio do neuro-eixo com anestésicos locais, opióides sistémicos e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs).

A combinação de grupos analgésicos que actua por mecanismos diferentes (AINEs, opióides, anestésicos locais) oferece a capacidade de aumentar a eficácia, especialmente contra etiologias múltiplas da dor, e simultaneamente aumentar a tolerabilidade reduzindo a dose individual de cada fármaco.<sup>42</sup>

### 3.3 – FARMACOS

Os fármacos mais utilizados em contexto de dor aguda são os AINEs, os Opióides e alguns Anestésicos locais.

Neste ponto, vai ser abordada, de forma sintética, a acção, vias de administração, efeitos colaterais, e modo de preparação dos fármacos, pertencentes a estes grupos farmacológicos, tendo em conta os Protocolos de Analgesia da Unidade de Dor Aguda do Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E, Guimarães.

#### **Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINEs)**

São um grupo heterogéneo de fármacos que se caracterizam por possuírem um grau variável de actividade analgésica, anti-inflamatória e anti-pirética. Para além destas acções, têm outras como, acção anti-agregante plaquetária e acção a nível renal.

Podem actuar a nível periférico e central. A acção periférica baseia-se na inibição da síntese de prostaglandinas hiperalgésicas e pró-inflamatórias.<sup>43</sup>

Os AINEs mais utilizados são:

- ✓ Parecoxib Sódico (Dynastat);
- ✓ Ceterolac de Trometamina (Toradol);
- ✓ Metamizol;

---

<sup>41</sup> Caseiro, J. (2007). *Biblioteca da dor*. Permyer Portugal, p. 546.

<sup>42</sup> Jin, F. e Chung, F. (2001). Multimodal analgesia for postoperative pain control. *Journal Clinical Anesthesia*.

<sup>43</sup> Page, C. et al. (1999). *Farmacologia integrada*. 1ª Edição, Editora Manole. Brasil.

- ✓ Diclofenac Sódico (via intramuscular).

A via de administração de eleição é a endovenosa, em contexto pós-operatório.

São úteis associados a analgésicos opióides, para controlo da dor intensa, diminuindo as doses e melhorando os efeitos adversos como náuseas, vômitos e sedação.<sup>44</sup>

Os efeitos colaterais descritos são:

- ✓ A nível gastrointestinal – pirose, dispepsia, gastrite, diarreia, lesão da mucosa gastrointestinal;
- ✓ A nível renal – edemas, retenção de água e sódio, insuficiência cardíaca, hipertensão, redução da actividade diurética da furosemina e de alguns anti-hipertensores;
- ✓ Hipersensibilidade – reacções alérgicas;
- ✓ Reacções hematológicas – são pouco frequentes, podendo surgir hemorragias por excesso de actividade anti-agregante plaquetária.

### **Opióides**

Actuam sobre receptores farmacológicos, denominados receptores opióides, que se encontram distribuídos no sistema nervoso central e periférico. A analgesia que produzem é consequência da sua interacção com alguns destes receptores. Além dos efeitos analgésicos, os opióides possuem uma variedade de outras acções no sistema nervoso central (SNC), mas nem todas são benéficas. Podem causar euforia seguida de uma sensação de paz e contentamento, o que contribui para a dependência destes fármacos. Mas a actividade calmante contribui, sem dúvida, para a eficácia analgésica, por aliviar a ansiedade e o desconforto associados à dor, que é, por exemplo, importante em situações de enfarte agudo do miocárdio (EAM).<sup>45</sup>

Representam a base da analgesia para dor ligeira a intensa, sendo particularmente eficazes na dor pós-operatória e oncológica.<sup>46</sup>

As vias de administração de eleição são a endovenosa e epidural.

Os Opióides mais utilizados são:

- ✓ Morfina (endovenosa e epidural);
- ✓ Petidina (endovenosa e intramuscular);

---

<sup>44</sup> Cavalcanti, I. et al. (2006). *Medicina Perioperatória*. Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

<sup>45</sup> Page, C. et al. (1999). *Farmacologia integrada*. 1ª Edição, Editora Manole. Brasil.

<sup>46</sup> Ibidem.

- ✓ Fentanil (endovenosa e epidural);
- ✓ Cloridrato de Tramadol (endovenosa).

As diluições mais comuns são:

- ✓ Morfina 10mg, ampola - aspirar 10 mg de morfina (equivalente a 1ml) e adicionar 9 ml de soro fisiológico, ficando uma concentração de 1mg/ml;

Se administração endovenosa, manter concentração;

Se administração epidural seguir protocolo de analgesia (por exemplo: prescrição de morfina 2mg via epidural - aspirar, da 1ª diluição de morfina a 1mg/ml, 2mg (equivalente a 2ml) e adicionar 8ml de soro fisiológico, administrando a totalidade do conteúdo da 2ª seringa de 10ml, isto é, 2mg de morfina);

- ✓ Petidina 100mg/50mg

Se administração intramuscular não diluir.

Se administração endovenosa diluir de forma a obter uma concentração de 10mg/ml (por exemplo).

Os efeitos colaterais descritos são:

- ✓ A nível gastrointestinal – náuseas, vômitos e obstipação;
- ✓ A nível renal – retenção urinária;
- ✓ Hipersensibilidade – prurido, rash cutâneo, sudação e alterações cognitivas;
- ✓ A nível neurológico – alucinações, perturbações do sono, alterações de comportamento, dependência física e psicológica;
- ✓ A nível pulmonar – depressão respiratória.

### **Anestésicos Locais**

São substâncias que, quando colocadas em contacto com fibras nervosas em concentração apropriada, bloqueiam a condução nervosa de modo temporário e reversível, originando perda de sensibilidade e/ou bloqueio motor numa região limitada do corpo.

O anestésico local, ao ser administrado em locais ricos em tecido adiposo, como é caso do espaço epidural, tem uma cinética de absorção bifásica, com uma fase rápida seguida de uma outra lenta. As propriedades químicas e farmacológicas de cada fármaco determinam a sua utilização clínica. Os fármacos pertencentes a este grupo variam substancialmente no que se

refere a potência, toxicidade, duração de acção, estabilidade, solubilidade e capacidade de penetrar as mucosas.<sup>47</sup>

As vias de administração de eleição são a epidural, peri-neural e infiltração.

Os Anestésicos Locais mais utilizados são:

- ✓ Cloridrato de Ropivacaína;
- ✓ Lidocaína;
- ✓ Levobupivacaína.

Os efeitos colaterais descritos são:

- ✓ A nível vascular – hipotensão;
- ✓ A nível gastrointestinal – náuseas e vómitos;
- ✓ A nível neurológico – cefaleias, parastésias e tonturas;
- ✓ A nível cardiovascular – bradicardia;
- ✓ A nível renal – retenção urinária.

### 3.4 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O papel dos profissionais de enfermagem no planeamento e monitorização dos resultados dos cuidados é fundamental para um controlo efectivo da dor. A avaliação detalhada, inicial, serve de base ao estabelecimento de prioridades e à elaboração de estratégias de tratamento e incluem:

- ✓ Informar o doente/família que a dor é compreendida e pode ser tratada;
- ✓ Ensinar o doente/família sobre a escala da dor, e informar ainda as alternativas para o alívio da mesma: medidas farmacológicas (analgesia ou protocolo analgésico prescritos) e não farmacológicas (compressas quentes, crioterapia, deambulações, mudança de decúbito, redução de estímulos luminosos e sonoros, banho, repouso, posicionamentos);
- ✓ Utilizar sempre a mesma escala na monitorização de intensidade da dor, e preferencialmente a escala numérica. Na impossibilidade do uso da escala numérica, usar a escala qualitativa que deverá ser convertida em valor numérico, para efeito de registo na tabela. O valor numérico a registar é o mais elevado da qualidade da dor

---

<sup>47</sup> Caseiro, J. (2007). *Biblioteca da dor*. Permyer Portugal

referida (exemplo: dor moderada, situa-se entre o 3 e o 5, o valor a registar será, neste caso, o 5);

- ✓ Monitorizar a intensidade da dor, uma vez por turno (manhã, tarde e noite) e quando necessário, durante o internamento e até à alta do doente;
- ✓ Registar a intensidade da dor no SAPE ou impresso próprio da Instituição se dor  $\geq 3$  (ANEXO II);
- ✓ Na ocorrência de dor com intensidade igual ou superior a 3, o enfermeiro deve avaliar a qualidade da dor (localização, tipo de dor, frequência e manifestações não verbais);
- ✓ Providenciar a presença do médico caso não haja prescrição medicamentosa para alívio e controlo da dor;
- ✓ Informar doente/família das medidas tomadas para reduzir e eliminar a dor;
- ✓ Reavaliar a dor:
  - Após 15 minutos de medida instituída na dor máxima;
  - Após 30 minutos de medida instituída na dor intensa;
  - Após 60 minutos de medida instituída na dor moderada;
- ✓ Conhecer fármacos, técnicas de analgesia, dispositivos utilizados no tratamento da dor;
- ✓ Contactar UDA, na persistência de efeitos secundários e suspender analgesia.<sup>48 49 50</sup>

**Para o Despiste de Complicações da técnica analgésica, dispositivos de analgesia, uso de opióides e anestésicos locais é necessário:**

- ✓ Monitorizar – temperatura, frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória e diurese;
- ✓ Avaliar dor;
- ✓ Despistar sedação anormal;
- ✓ Avaliar eventual bloqueio motor e sensitivo;
- ✓ Vigiar local da punção;
- ✓ Vigiar necessidades analgésicas.

<sup>48</sup> Circular Normativa n.º 9 de 14/06/20003. DGS.

<sup>49</sup> Normas JCI [0267\_Proc\_COP]. Avaliação e Controlo da Dor.

<sup>50</sup> Phipps, W. et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. 6ª Edição, Lusociência. Loures.

A quando da ocorrência de efeitos colaterais, consultar e actuar conforme protocolos de vigilâncias da UDA:

- ✓ Sedação e depressão respiratórias;
- ✓ Alterações hemodinâmicas;
- ✓ Náuseas e vómitos;
- ✓ Prurido, Alergia e Hipersensibilidade;
- ✓ Diurese;
- ✓ Bloqueio Sensitivo/Motor.

**Para a correcta Vigilância e Manuseio do Cateter Epidural e Dispositivos de Analgesia é necessário ter em conta alguns cuidados, tais como:**

- ✓ Ensino ao doente;
- ✓ Realização do penso do cateter epidural:
  - Só quando necessário;
  - Técnica asséptica;
  - Penso estéril e transparente;
- ✓ Oclusão do cateter epidural;
- ✓ Desconexão do filtro do cateter epidural:
  - Não readaptar filtro;
  - Proteger extremidade com compressa estéril;
  - Contactar UDA;
- ✓ Administração de fármacos
  - Só administrar após aspiração negativa (ausência de sangue, liquor ou outro líquido), na presença de vácuo;
- ✓ Problemas com o DIB:
  - Ritmo de esvaziamento;
- ✓ Problemas com a PCA:
  - Contactar UDA;
- ✓ Remoção do cateter epidural:

- Deve ser retirado conforme prescrição (protocolo de analgesia), 12 horas após administração de heparina de baixo peso molecular em dose profilática ou 24 horas após administração de heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica;
- Informar doente sobre procedimento e alternativa de analgesia;
- Posicionar doente em decúbito lateral com flexão dos joelhos em direcção ao abdómen;
- Utilizar técnica asséptica;
- Limpar e desinfectar local da inserção, ainda com cateter, com solução anti-séptica;
- Retirar cateter de forma suave, mas firme em direcção caudal;
- Se resistência contactar UDA;
- Após desinfecção com solução anti-séptica colocar penso protector, que pode ser removido passadas 24 horas;
- Se sinais inflamatórios (calor, rubor ou exsudado no local da inserção do cateter), enviar extremidade do cateter para análise;
- Contactar UDA;
- Vigiar alterações neurológicas (Dor lombar, diminuição da força muscular, alteração da sensibilidade nos membros inferiores, incontinência de esfíncteres), após remoção do cateter num período de 24 horas.<sup>51 52 53</sup>

---

<sup>51</sup> Caseiro, J. (2007). *Biblioteca da dor*. Permanyer Portugal.

<sup>52</sup> [www.nopain.co.uk](http://www.nopain.co.uk)

<sup>53</sup> [www.esraeurope.org/guidelines](http://www.esraeurope.org/guidelines)

#### **4 – UNIDADE DE DOR AGUDA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E, GUIMARÃES**

A Unidade de Dor Aguda (UDA) do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE – Guimarães, criada em 2003, está integrada no Serviço de Anestesiologia.

Tem por objectivos avaliar, tratar e acompanhar doentes com dor resultante de actos cirúrgicos, cuja complexidade, gravidade ou instabilidade recomende a instituição de um plano de tratamento e cuidados específicos, com monitorização e vigilância clínica contínuas, assim como intervenção frequente e diferenciada.

A UDA, poderá ser solicitada para avaliar, tratar e acompanhar doentes da área médica e/ou cirúrgica, que não se inclua no grupo acima referido, mas que apresentam dor aguda.

A UDA possui um médico anestesista coordenador, responsável por toda a organização da Unidade e equipa multidisciplinar que com ela colabora. Possui um enfermeiro responsável, sendo a visita diária aos doentes referenciados pela UDA efectuada por um grupo específico de enfermeiros pertencentes ao Serviço de Enfermagem de Anestesiologia.

A Equipa de Apoio à UDA é constituída por todos os Enfermeiros do Serviço de Anestesiologia, nomeadamente durante a tarde, noite, fim-de-semana e feriado. Para o efeito, o Enfermeiro responsável de turno fica contactável através do telemóvel da UDA, para a referenciação de todos os problemas referentes à UDA. O contacto diário com a UDA é efectuado por via telefónica, para o número de telemóvel de rede interna que é o 2224. O telemóvel fica na posse do enfermeiro destacado para a visita da UDA, que é efectuada no turno da manhã, durante o período das 8,30h às 15h, de 2ª a 6ª feira. No restante período (15h – 8,30h), assim como em dias excepcionais, conforme já referenciado, o telemóvel fica na posse do enfermeiro responsável de turno do Serviço de Anestesia.

O acesso dos doentes à UDA é da responsabilidade do anestesista da sala do bloco operatório onde o doente foi intervencionado, cabendo a este seleccionar os doentes que considera necessário serem acompanhados pela UDA, quer se trate de um doente de rotina ou de urgência. Para o efeito prescreve em cada doente o Protocolo de Analgesia que considerar mais adequado e coloca uma vinheta identificativa do doente numa folha para admissão à UDA, situada no recobro do Bloco Operatório. Todos os doentes seleccionados são observados durante as 48 horas de pós-operatório e, se necessário, posteriormente pelos elementos de enfermagem pertencentes à UDA, salvo excepções em que tal não seja possível.

Durante as primeiras 48h de pós-operatório, a UDA, através dos elementos destacados diariamente para a integrarem (médicos e enfermeiros) asseguram o correcto tratamento da dor, eventuais complicações e efeitos secundários deles decorrentes. Decorridas 48h desde a instituição terapêutica pela UDA, o doente perde o seu vínculo à UDA de forma tácita, cabendo ao médico do serviço responsável pelo doente a instituição da terapêutica analgésica que considere adequada.

Os doentes que necessitam de internamento pós-operatório imediato na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) ou no Serviço de Urgência (em OBS) devem ser referenciados à UDA aquando da sua alta para as enfermarias, sendo acompanhados pela UDA nas 48h seguintes.

Todos os restantes médicos do Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E, Guimarães podem solicitar a colaboração da UDA para avaliação, tratamento e acompanhamento de doentes com dor aguda. Para o efeito, devem formular um pedido por escrito, em impresso próprio existente nesta instituição, que deve ser entregue no Secretariado do Bloco Operatório e que é encaminhado para o anestesista de urgência nesse dia (ou entregue directamente a este, em horas de encerramento do Secretariado do Bloco Operatório). Da mesma maneira, a partir das 48h, a analgesia destes doentes passa a ser da responsabilidade do médico da enfermaria, salvo indicação em contrário da UDA.

O contacto com a UDA deve ser efectuado nas seguintes condições:

- ✓ Doente com EVA igual ou superior a 3, após instituição da medicação de resgate;
- ✓ Efeitos secundários ou complicações decorrentes dos tratamentos instituídos pela UDA, não resolvidos através da aplicação das medidas instituídas nos protocolos de vigilância da UDA;
- ✓ Término de dispositivos colocados segundo protocolo da UDA, que tenham indicação para reposição;
- ✓ Esclarecimento de dúvidas.

A remoção dos dispositivos médicos é da responsabilidade dos enfermeiros dos serviços onde o doente se encontra internado.

Cabe ao anestesista de urgência a responsabilidade de dar apoio aos doentes seguidos pela UDA, em todas as situações em que não seja possível a resolução do problema em causa pelo enfermeiro destacado para a UDA. Isto é válido para a resolução de efeitos adversos ou complicações decorrentes do protocolo analgésico escolhido, para a alteração de protocolo analgésico caso o anterior seja ineficaz, para a aceitação de novos doentes na UDA e

instituição de protocolo analgésico quando solicitado para tal, e para a decisão de prolongar o vínculo do doente à UDA além do período instituído.

### **Funções dos Enfermeiros de apoio à UDA**

- ✓ No horário 8,30h-15h, o enfermeiro destacado para a visita no âmbito da dor aguda:
  - Identifica todos os doentes em programa de acompanhamento pela UDA;
- ✓ Visita todos os doentes integrados na UDA nas primeiras 24h de pós-operatório, e às 48h segundo necessidades identificadas pela UDA, com o objectivo de:
  - Avaliar a eficácia e correcta administração do protocolo instituído pela UDA;
  - Averiguar a necessidade do uso de medicação de resgate;
  - Verificar o adequado funcionamento de dispositivos médicos;
  - Colaborar com os enfermeiros dos serviços no controle da dor aguda;
  - Detectar o aparecimento de eventuais complicações e/ou efeitos secundários decorrentes da instituição dos protocolos da UDA, tomando as medidas necessárias à sua resolução, com base nos protocolos de vigilância da UDA;
  - Avaliar e decidir em colaboração com o anestesista de urgência, a necessidade de alongar o período de acompanhamento de algum doente, além das 48h, assinalando-o na folha de admissão dos doentes à UDA.
- ✓ Efectua triagem de chamadas via telemóvel, avaliar a situação e encaminhar para o médico anestesista de urgência todas as situações que não sejam passíveis de resolução pelo enfermeiro, ou que sejam estritamente do foro médico;
- ✓ Toma providências para a reposição de dispositivos de medicação analgésica que terminem durante aquele dia, caso tenham indicação para o efeito.

## 5 – CONCLUSÃO

O controlo e tratamento da dor aguda continua a ser um grande desafio, no entanto muito se tem feito nesta área.

É fundamental investir-se na educação e esclarecimento dos intervenientes (profissionais de saúde/doente e família) neste processo, nomeadamente, sobre os fármacos mais utilizados, bem como os métodos de controlo da dor de que se dispõe actualmente.

Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão a desenvolver-se e a criar-se, por todo o País, Unidades de Tratamento de Dor, com recurso diferenciado para a abordagem da dor. Desta forma, a “generalização da avaliação e registo da intensidade da dor poderá ter um impacto muito significativo na terapêutica da dor nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e proporcionar um grande salto qualitativo na humanização dos cuidados por elas prestados.”<sup>54</sup>

Estas Unidades possuem protocolos que são elementos de eficácia, segurança e formação, contendo critérios de vária ordem, regimes terapêuticos, modelos de associação de fármacos, indicações precisas sobre monitorização, intervenção precoce nos efeitos secundários ou insuficiência analgésica, procedimentos de avaliação e, é claro, constituem preocupação de qualidade na abordagem da dor aguda.

O doente em estado crítico tem muitos factores precipitantes de agitação, dor e desconforto, pelo que o controlo da resposta ao stress exige a combinação de analgesia e sedação. As repercussões orgânicas da dor aguda podem ocasionar importantes respostas bio-psico-sociais e culturais, desenvolvendo, por vezes, quadros de dor crónica. O tratamento efectivo diminui a incidência de complicações, assim como, o tempo de internamento e a morbimortalidade. Com as técnicas disponíveis, actualmente, pode-se conseguir um tratamento efectivo da dor aguda em cerca de 100%. A analgesia multimodal é um dos métodos mais eficazes de controlo da dor aguda.

Os doentes vão referenciados para Unidades de Saúde mais diferenciadas, quando a complexidade do diagnóstico, a necessidade de realização de exames complementares ou técnicas terapêuticas diferenciadas e/ou a dificuldade no controlo da dor o exige, pois estas são constituída por profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo da dor.<sup>55</sup>

Será, então, esta a confiança que podemos dar aos nossos doentes?

---

<sup>54</sup> Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. p. 8.

<sup>55</sup> Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, N. (1997). Psychosocial factors affecting pain.
- Aissaoui, Y. et al. (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia Analgesia*.
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. (2010). *Acute pain management: scientific evidence*. Third edition.
- Cardoso, A. (1999). *Manual de tratamento de dor crónica*. Lidel. Lisboa.
- Carneiro, A. et al. (2008). *Curso de evidência na emergência: Manual de procedimentos*. 1ª Edição. Porto.
- Caseiro, J. (2007). *Biblioteca da dor*. Permanyer Portugal.
- Cavalcanti, I. et al. (2006). *Medicina Perioperatória*. Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Ceia, C. (2006). *Normas para apresentação de trabalhos científicos*. 6ª Edição, Editorial Presença. Barcarena.
- Circular Normativa, nº9 de 14 de Junho de 2003. *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- Correia, C. e Lages, N. (2008). Conceitos primários de ecografia e cinco abordagens essenciais. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*.
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*.
- International Association for the Study of Pain . (1979) . *Pain terms*.
- Jin, F. e Chung, F.(2001). Multimodal analgesia for postoperative pain control. *Journal Clinical Anesthesia*.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2003). *Pain Management Standards*.
- Lehmann, K. (2005). Proceedings of the Symposium “Updates of the Clinical Pharmacology of Opioids with Special Attention to Long-Acting Drugs” Recent Developments in Patient-Controlled Analgesia. *Journal of Pain and Symptom Management* .
- Lopes, J. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Permanyer Portugal.

- Mccaffery, M. e Beebe, M. (1989). *Pain: clinical manual for nursing practice*. Mosby. Missouri.
- Normas JCI [0267\_Proc\_COP]. *Avaliação e Controlo da Dor*. Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. Guimarães.
- Page, C. et al. (1999). *Farmacologia integrada*. 1ª Edição, Editora Manole. Brasil.
- Phipps, W. et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. 6ª Edição, Lusociência. Loures.
- Sintra, R. et al. (2009). *Acute Pain Management*. Cambridge University Press.
- The Royal College of Anaesthetists. (2009). *Guidance on the provision of anaesthesia services for Acute Pain Management. Acute pain services*.
- Urden, L. et al. (2008). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5ª Edição, Lusodidacta. Lisboa.
- World Health Organization. (2007). *Normative Guidelines on Pain Management*. Geneva
- Young, J. et al. (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*.

# **ANEXOS**



ANEXO I – Diapositivos da acção de formação, “Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência – Pessoa com Dor Aguda”



## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



### PESSOA COM DOR AGUDA

Marisa Fernandes, aluna da EEMC da Universidade Católica, Enfermeira CHAA,EPE - Guimarães  
Outubro de 2010

## OBJECTIVOS GERAIS

- ❖ Uniformizar procedimentos na avaliação e controlo da dor aguda no doente em contexto do Serviço de Urgência;
- ❖ Esclarecer dúvidas sobre Protocolos de Analgesia em vigor na Instituição.

## OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Abordar estratégias mais utilizadas para avaliação e controlo da dor aguda;
- ❖ Abordar os diferentes dispositivos de controlo da dor aguda e seu manuseamento;
- ❖ Alertar para efeitos colaterais de técnicas de analgesia;
- ❖ Relembrar as intervenções de enfermagem relativas à pessoa com dor aguda.

## DOR

*"An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage."*

IASP, 1979

*"Pain is what the person says it is, existing when and where the person says it does."*

McCaffery & Beebe, 1999

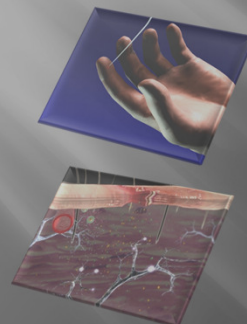
## DOR

*"(...) Aumento de sensação corporal desconfortável, referência **subjectiva** de sofrimento, expressão facial característica, **alteração** do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite."*

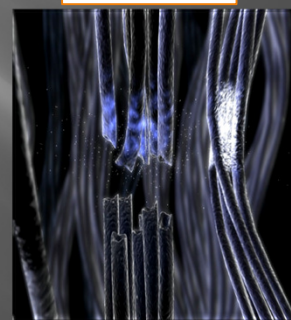
CIPE, 2005

## TIPOS DE DOR

NOCICEPTIVA



NEUROPÁTICA



## TIPOS DE DOR

**DOR AGUDA**

- Início definido (sinais físicos) e objectivos;
- Hiperactividade do S.N.S.;
- Indica comprometimento ou lesão;
- Pode variar de segundos a meses (≤ 6 meses);
- Podem curar de forma espontânea ou exigir tratamento.

≠

**DOR CRÓNICA**


- Persiste durante 6 meses (≥);
- Ocorrem alterações significativas da:
  - Personalidade;
  - Estilo de vida;
  - Capacidade funcional;
  - Perturbação do sono;
  - Redução do apetite;
  - Diminuição da capacidade de concentração;
  - Irritabilidade.

## AVALIAR A DOR (DGS, 2003)

O alívio da dor é um direito do doente e constitui um dever profissional...

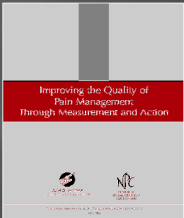
Dor como  
5º sinal vital

Coincidindo com a comemoração do 5º Dia Nacional de Luta Contra a Dor, a Direcção Geral de Saúde publicou, no dia 14 de Junho de 2003, uma circular normativa que institui a "Dor como 5º Sinal Vital".



## AVALIAR A DOR (JCAHO, 2003)

- Os doentes têm direito à avaliação e tratamento adequado da sua dor;
- As Instituições que prestam cuidados de saúde devem:
  - Avaliar a presença da dor em todos os doentes e, se presente avaliar a sua natureza e intensidade;
  - Garantir e assegurar a competência do seu staff na avaliação e tratamento da dor;
  - Estabelecer políticas institucionais e procedimentos para garantir o adequado tratamento da dor;
  - Incluir a abordagem da dor nas avaliações de desempenho e medidas de melhoria dos cuidados.




## AVALIAR A DOR




## AVALIAR A DOR

- 1 • História de vida do doente (com vista a situar as queixas no seu contexto – meio familiar, afectivo, cultura, actividade profissional...);
- 2 • Circunstâncias em que a dor aparece
- 3 • História da dor
- 4 • Localização da dor
- 5 • Qualidade da dor
- 6 • Frequência
- 7 • Intensidade
- 8 • Repercussão sobre as AVD's e a qualidade de vida

## QUANTIFICAR A DOR – ESCALAS

**ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA**  
www.eletroterapia.com.br



## QUANTIFICAR A DOR – ESCALAS

VALIDADA PARA DOENTES EM ESTADO CRÍTICO, SEDADOS E EM VENTILAÇÃO MECÂNICA

**Table 1. The Behavioral Pain Scale (11)**

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
		2
		3
		4
Upper lip		1
		2
		3
		4
Compliance	Fighting ventilator Unable to control ventilation	1 2 3 4

*Curso de Evidência na Emergência, 2008*

**“A incapacidade de comunicar verbalmente não invalida a possibilidade de sentir dor e a necessidade de tratamento específico...”**

Aissaoui, Y. et al. (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia Analgesia*.  
Young, J. et al. (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*

## DOR AGUDA

“Acute pain includes nociceptive, somatic or visceral pain namely premedication, perioperative, **post-operative pain**, **post-traumatic pain**, **burns pain**, acute pain during child birth, spinal cord injury, **acute headache**, HIV/AIDS, sickle cell crisis, pain in trigeminal neuralgia (Tic Doloieux), interventional pain (diagnostic and therapeutic procedures), **pancreatitis and other colic pain**, **myocardial infarction** and other major cardiac events, acute on chronic pain. Acute and postoperative pains are the most extensive types of pain treated by the pain clinics.”

“... pain in the emergency room should have its own **guidelines** and recommended to have them separately because when they are involved in another type of guidelines, they lose importance.”

WHO. (2007). *Normative Guidelines on Pain Management*. Geneva

## DOR AGUDA

**DOR CRÓNICA**

**Efeitos prejudiciais da persistência de dor aguda**

## DOR AGUDA

**Porquê tratar a Dor Aguda?**

- Melhorar a qualidade de vida do doente
- Facilitar a rápida recuperação e retorno da funcionalidade
- Reduzir a morbilidade
- Alta precoce do hospital

**Porquê medo em tratar a Dor Aguda?**

- Efeitos laterais da medicação
- Efeitos laterais da técnica
- Complicações
- Doente não assume a responsabilidade
- Mitos sobre opióides

## INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

TÉCNICAS CONVENCIONAIS

➔

Analgesia por **métodos tradicionais** de administração de analgésicos

TÉCNICAS NÃO CONVENCIONAIS

➔

Métodos **não tradicionais** de administração de analgésicos

## INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

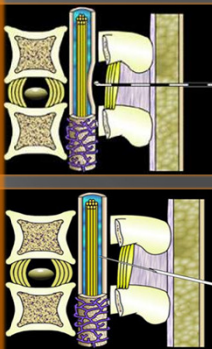
**TÉCNICAS NÃO CONVENCIONAIS**

<p><b>Analgesia Neuro-Eixo</b> (via Epidural ou Intratecal) com opióides e/ou anestésicos locais</p>	<p><b>Técnicas Loco-Regionais</b> (Bloqueio de Nervos Periféricos e Infiltração com anestésicos locais)</p>	<p>Analgesia Controlada pelo Paciente (<b>PCA</b>)</p>

**TECNICAS DE ANALGESIA NEUROEIXO**

## COMPLICAÇÕES

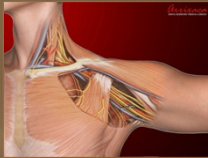
- ✓ Cefaleias pós-punção da dura
- ✓ Dor lombar
- Complicações infecciosas
  - meningite
  - abscesso epidural
- ✓ Hematoma epidural
- ✓ Complicações neurológicas
  - Síndrome neurológico transitório
  - Síndrome de Cauda equina
  - Lesão mecânica do neuroeixo



**TECNICAS DE ANALGESIA LOCOREGIONAIS**

## COMPLICAÇÕES

- ✓ Infecciosas (Técnica asséptica)
- ✓ Necrose e gangrena (vasoconstritores associados a AL)
- ✓ Lesão de um vaso (hematoma)
- ✓ Lesão de um órgão vizinho
- ✓ Lesão de uma fibra nervosa (queixas do paciente)



**TECNICAS DE ANALGESIA LOCOREGIONAIS**

## VANTAGENS

- ✓ Efeito limitado a nível regional (dermatomas ou área de inervação correspondentes);
- ✓ Analgesia mais eficaz;
- ✓ Efeitos adversos cardiovasculares e respiratórios mínimos.



**CONTROLADOR AGUDA**

## INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

### DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA ANALGESIA


ENDOVENOSA	NEURO EIXO	PERI NEURAL
		
		

**DISPOSITIVOS DE ANALGESIA**

## ESTRATÉGIAS DE ADMINISTRAÇÃO PCA/PCEA

BÓLUS FRACIONADOS

PERFUSÃO CONTÍNUA



- ✓ Manutenção concentrações plasmáticas no intervalo terapêutico;
- ✓ Ajuste de analgesia às necessidades do momento.

**DISPOSITIVOS DE ANALGESIA**

## ESTRATÉGIAS DE ADMINISTRAÇÃO DIB/ELASTÓMERO

PERFUSÃO CONTÍNUA



- ✓ Permite administração contínua de fármacos;
- ✓ Velocidade de perfusão inalterável (SENSOR DE FLUXO);
- ✓ Necessidade de dose de carga;
- ✓ Administração por pressão elástica.

DISPOSITIVOS DE ANALGESIA

## ESTRATÉGIAS DE ADMINISTRAÇÃO



**EVITA “PICOS E VALES”**

**NÃO PERMITE ADAPTAR A VELOCIDADE DE PERFUSÃO À INDIVIDUALIDADE DE CADA DOENTE**

CONTROLAR DOR AGUDA

## FARMACOS...

① Terapêutica farmacológica sistêmica

★ E.V.

② Terapêutica Loco-regional

★ LOCO-REGIONAL

CONTROLAR DOR AGUDA

## FARMACOS...

① Terapêutica farmacológica sistêmica

**Analgésicos não opióides** ★ E.V.

Paracetamol

**Analgésicos Opióides**

Opióides fracos  
Tramadol

Opióides potentes  
Morfina  
Meperidina (Petidina)

**AINEs**

Ceterolac  
Diclofenac Sódico  
Metamizol  
Parecoxib

CONTROLAR DOR AGUDA

## FARMACOS...

① Terapêutica farmacológica sistêmica

**OPIÓIDES** ★ E.V.

**Morfina** (1 amp= 10 mg)

Diluições mais comuns:  
Diluir 10 mg em 10 cc SF = Conc 1 mg/ ml

**Efeitos colaterais mais comuns:**

**SNC:** sedação, desorientação, diminuição limiar convulsivante

**Pulmonares:** depressão respiratória, crises asma

**Cardiovasculares:** hipotensão arterial, palpitações, rubor

**Gastro-intestinais:** obstipação,

**Genito-urinários:** retenção urinária

**Prurido**

CONTROLAR DOR AGUDA

## FARMACOS...

① Terapêutica farmacológica sistêmica

**OPIÓIDES** ★ E.V.

**Petidina** (1 amp= 100 mg ou 1 amp= 50 mg)

Diluições mais comuns:  
Diluir 100 mg até 10 cc SF = Conc 10 mg/ ml  
Diluir 50 mg até 5 cc SF = Conc 10 mg/ml

**Efeitos colaterais mais comuns:**

**SNC:** sedação, desorientação, diminuição limiar convulsivante

**Pulmonares:** depressão respiratória, crises asma

**Cardiovasculares:** hipotensão arterial, palpitações, rubor

**Gastro-intestinais:** obstipação,

**Genito-urinários:** retenção urinária

**Prurido**

CONTROLAR DOR AGUDA

## FARMACOS...

② Terapêutica Loco-regional

★ LOCO-REGIONAL

**Analgésicos Opióides**

Morfina  
Fentanil

**Anestésicos Locais**

Ropivacaína

CONTROLO DA DOR AGUDA

**FARMACOS...**

② **Terapêutica Loco-regional ANESTÉSICOS LOCAIS**

**LOCO-REGIONAL**

**Ropivacaína** 0,1%, 0,2%,

**Efeitos laterais:**  
**Hipotensão**  
**Bloqueio motor** / Completo  
**Toxicidade** ( gosto metálico, parestesias peribucais, alterações do estado neurológico , alterações HD)

CONTROLO DA DOR AGUDA

**FARMACOS...**

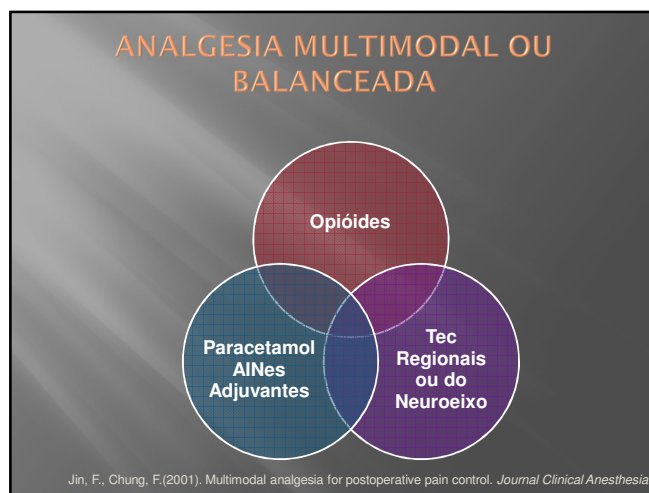
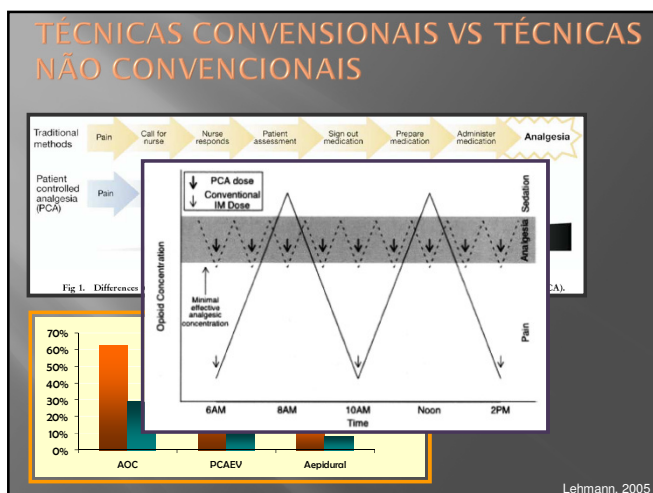
② **Terapêutica Loco-regional OPIÓIDES**

**LOCO-REGIONAL**

**Morfina** (1 amp= 10 mg)

**Diluições mais comuns:**  
 Diluir 10 mg em 10 cc SF = Conc 1 mg/ ml

**Efeitos colaterais mais comuns:**  
**SNC:** sedação, desorientação, diminuição limiar convulsivante  
**Pulmonares:** depressão respiratória, crises asma  
**Cardiovasculares:** hipotensão arterial, palpitações, rubor  
**Gastro-intestinais:** obstipação,  
**Genito-urinários:** retenção urinária  
**Prurido**



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**MANUSEIO DO CATETER EPIDURAL E DISPOSITIVOS DE ANALGESIA**

- ✓ ENSINO AO DOENTE
- ✓ REALIZAÇÃO DO PENSO DO CATETER EPIDURAL
  - Só quando necessário
  - Técnica asséptica
  - Penso estéril e transparente
- ✓ OCLUSÃO DO CATETER EPIDURAL
- ✓ DESCONEÇÃO DO CATETER EPIDURAL
  - Não readaptar filtro
  - Proteger extremidade com compressa estéril
  - Contactar UDA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**MANUSEIO DO CATETER EPIDURAL E DISPOSITIVOS DE ANALGESIA**

- ✓ ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS
  - Só administrar após aspiração negativa (ausência de sangue, líquor ou outro líquido), na presença de vácuo
- ✓ PROBLEMAS COM O DIB
  - Ritmo de esvaziamento
- ✓ PROBLEMAS COM PCA
  - Contactar UDA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### REMOÇÃO DO CATETER EPIDURAL

- ✓ INFORMAR PACIENTE SOBRE PROCEDIMENTO E ALTERNATIVAS DE ANALGESIA
- ✓ POSICIONAR DOENTE EM DECÚBITO LATERAL COM FLEXÃO DOS JOELHOS EM DIRECÇÃO AO ABDÓMEN
- ✓ UTILIZAR TÉCNICA ASSÉPTICA
- ✓ LIMPAR E DESINFECAR LOCAL DA INSERÇÃO, AINDA COM CATETER, COM SOLUÇÃO ANTI-SÉPTICA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### REMOÇÃO DO CATETER EPIDURAL

- ✓ RETIRAR CATETER DE FORMA SUAVE, MAS FIRME EM DIRECÇÃO CAUDAL  
Se resistência **contactar UDA**
- ✓ APÓS DESINFECÇÃO COM SOLUÇÃO ANTI-SÉPTICA COLOCAR PENSO PROTECTOR  
Removido após 24h
- ✓ SINAIS INFAMATÓRIOS (CALOR, RUBOR OU EXSUDADO NO LOCAL DA INSERÇÃO)  
Enviar extremidade do cateter para microbiologia  
**Contactar UDA**

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### REMOÇÃO DO CATETER EPIDURAL

- ✓ VIGIAR ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS APÓS REMOÇÃO DO CATETER NUM PERÍODO DE **24 HORAS**  
Dor lombar, diminuição da força muscular e alteração da sensibilidade nos membros inferiores, incontinência de esfíncteres

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### HIPOCOAGULAÇÃO/CATETERES EPIDURAIS E PERI-NEURAIS

Anticoagulantes	Início após técnica	Remoção de cateter	Início após remoção de cateter	
HNF (heparina não fracionada)	≥ 1 hora	≥ 4 horas + APTT normal	≥ 1 hora	
HBM	Profiláctica 1x dia	≥ 6 horas	≥ 12 horas	≥ 6 horas
	Terapêutica 2x dia	≥ 6 horas	≥ 24 horas	≥ 6 horas

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

### PESSOA COM DOR

- Informar o doente e família que a dor é compreendida e pode ser controlada
- Ensinar o doente e família sobre a escala da dor e alternativas para o alívio da mesma
- Usar **sempre a mesma escala** na monitorização da dor
- Monitorizar a intensidade da dor 1 x turno e em S.O.S.
- Proceder ao **registo** da intensidade da dor
- Avaliar a **qualidade da dor** (localização, frequência, tipo de dor...) quando dor ≥ a 3
- Conhecer **fármacos, técnicas de analgesia, dispositivos** utilizados no tratamento da dor
- Contactar UDA, na persistência de efeitos secundários e suspender analgesia
- Providenciar a **presença do médico** na ausência de prescrição de medicação analgésica

UNIDADE DE DOR AGUDA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE-GUIMARÃES


**2010**  
Desenvolver uma UDA é um processo e não um evento!  
N Rawal

**2003**  
UDA - CHAA, GUIMARÃES

**Cirurgião**  
**Farmacêutico**  
**Enfermeiro responsável**  
**Coordenador**  
**Serviço Anestesiologia**  
**UDA**

**Enf.º Anest. Telemóvel 24h**  
**224**


## UNIDADE DE DOR AGUDA DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE-GUIMARÃES



Prescrever, em cada paciente, o Protocolo de Analgesia mais adequado...

17 PROTOCOLOS (identificados com letras de A – Q)

VÁLIDOS POR 48H



CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Unidade de Dor Aguda

Colar etiqueta de identificação

---

**Condiuantes:**

Paracetamol \_\_\_ gr 6/6h EV (pouca a via oral quando iniciar alimentação) +

Parecoxibe \_\_\_ mg 12/12h EV

OU

Toradol \_\_\_ mg 12/12h EV

**Protocolo D1**

**Protocolo D2**

Paracetamol 1 gr 6/6h ou 4gr  
Paracetamol 10 a 600 mg ou em 48h  
Morfina 1 a 6 mg ou em 48h  
Meticlopramida 10 mg ou em 48h

Paracetamol 1 gr 6/6h ou 4gr  
Paracetamol 10 a 600 mg 12/12h  
Toradol 15 a 30 mg 12/12h  
Toradol 15-30 mg & 20mg 30' ou em 48h, excepto 48h

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Unidade de Dor Aguda

Colar etiqueta de identificação

---

**PROTÓCOLO F / F1 / F2 - PCA EV Morfina com ANE**

**Protocolo F**

Protocolo válido para 48h

Data: [ ]/[ ]/[ ] Hora: [ ]:[ ]:[ ] Carga: [ ]

Atenuação: [ ] Nº Mec: [ ]

PCA Morfina na concentração de 6,4 mg/ml (doses de 100 ou 250ml) EV

---

**Resgate (SOS) Morfina via PCA**

Paracetamol \_\_\_ gr 6/6h EV (via oral quando alimentação) + Meticlopramida \_\_\_ mg 8/8h EV

Parecoxibe \_\_\_ mg 12/12h EV

OU

Toradol \_\_\_ mg 12/12h EV

**Protocolo F1**

**Protocolo F2**

Paracetamol 1 gr 6/6h ou 4gr  
Paracetamol 10 a 600 mg 12/12h  
Toradol 15-30 mg 12/12h  
Meticlopramida 10mg 8/8h

**ADULTOS**

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Unidade de Dor Aguda

Colar etiqueta de identificação

---

**PROTÓCOLO J / J1 / J2 - DRE Epidural Ropivacaína + Fentanyl com ANE EV**

**Protocolo J**

Protocolo válido para 48h

Data: [ ]/[ ]/[ ] Hora: [ ]:[ ]:[ ] Carga: [ ]

Atenuação: [ ] Nº Mec: [ ]

DRE Ropivacaína 0,1% + Fentanyl 5µg/ml via epidural - 5ml/3h

---

**Resgate (SOS) Ropivacaína a 0,2% via epidural - bótus de 5cc de 20/20 min - máx. 3 bótus - Pode repetir-se de 6/6h.**

Paracetamol \_\_\_ gr 6/6h EV (via oral quando alimentação) + Meticlopramida \_\_\_ mg 8/8h EV

Parecoxibe \_\_\_ mg 12/12h EV

OU

Toradol \_\_\_ mg 12/12h EV

**Protocolo J1**

**Protocolo J2**

Paracetamol 1 gr 6/6h ou 4gr  
Paracetamol 10 a 600 mg 12/12h  
Toradol 15-30 mg 12/12h  
Meticlopramida 10mg 8/8h

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Unidade de Dor Aguda

Colar etiqueta de identificação

---

**PROTÓCOLO L / L1 / L2 - PCA epidural Ropivacaína + Fentanyl com ANE EV**

**Protocolo L**

Protocolo válido para 48h

Data: [ ]/[ ]/[ ] Hora: [ ]:[ ]:[ ] Carga: [ ]

Atenuação: [ ] Nº Mec: [ ]

PCA epidural Ropivacaína 0,1% + Fentanyl 5µg/ml via epidural (doses de 100 ou 250ml)

---

**Resgate (SOS) Ropivacaína 0,1% + Fentanyl 5µg/ml via PCA epidural**

Paracetamol \_\_\_ gr 6/6h EV (via oral quando alimentação) + Meticlopramida \_\_\_ mg 8/8h EV

Parecoxibe \_\_\_ mg 12/12h EV

OU

Toradol \_\_\_ mg 12/12h EV

**Protocolo L1**

**Protocolo L2**

Paracetamol 1 gr 6/6h ou 4gr  
Paracetamol 10 a 600 mg 12/12h  
Toradol 15-30 mg 12/12h  
Meticlopramida 10mg 8/8h

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.

Unidade de Dor Aguda

Colar etiqueta de identificação

---

**PROTÓCOLO M / M1 / M2 - DRE Ropivacaína peri-neural com ANE EV**

**Protocolo M**

Protocolo válido para 48h

Data: [ ]/[ ]/[ ] Hora: [ ]:[ ]:[ ] Carga: [ ]

Atenuação: [ ] Nº Mec: [ ]

DRE (cateter peri-neural) Ropivacaína 0,2% - 5ml/3h durante 48h (doses de 100 ou 250ml, ou 400ml, se necessário)

---

**Resgate (SOS) Ropivacaína a 0,2% via cateter peri-neural - bótus de 5cc de 30/30 min até máx. 3 bótus (15cc) - Pode repetir-se de 6/6h.**

Paracetamol \_\_\_ gr 6/6h EV (via oral quando alimentação) + Meticlopramida \_\_\_ mg 8/8h EV

Parecoxibe \_\_\_ mg 12/12h EV

OU

Toradol \_\_\_ mg 12/12h EV

**Protocolo M1**

**Protocolo M2**

Paracetamol 1 gr 6/6h ou 4gr  
Paracetamol 10 a 600 mg 12/12h  
Toradol 15-30 mg 12/12h  
Meticlopramida 10mg 8/8h

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

## VIGILÂNCIAS




**MONITORIZAR**




CUIDADOS DE ENFERMAGEM

## VIGILÂNCIAS

- ✓ Avaliação da Dor
- ✓ Despiste de sedação anormal
- ✓ Avaliação do eventual bloqueio motor e sensitivo
- ✓ Vigilância do local da punção
- ✓ Necessidades analgésicas

**DESPISTE DAS COMPLICAÇÕES DA TÉCNICA, DO USO DE OPIÓIDES E DE AL**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

## EFEITOS COLATERAIS

**CONSULTAR PROTOCOLOS DE VIGILÂNCIA**



- ✓ Sedação e Depressão Respiratórias
- ✓ Alterações Hemodinâmicas
- ✓ Náuseas e Vômitos
- ✓ Prurido, Alergia e Hipersensibilidade
- ✓ Diurese
- ✓ Bloqueio Sensitivo/Motor

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

## CONTACTAR UDA



- ✓ Doente com **EVA** igual ou superior a **3**, após instituição de medicação de resgate;
- ✓ **Efeitos secundários** ou **complicações** decorrentes dos **tratamentos instituídos** pela **UDA**, não resolvidos através da aplicação das medidas instituídas nos protocolos de vigilância da UDA;
- ✓ **Término de dispositivos** colocados segundo protocolo da UDA, que tenham indicação para reposição;
- ✓ Esclarecimento de dúvidas.

Actualmente, a **prevalência da dor pós-operatória** (dor aguda) continua a ser **elevada**;

As **repercussões orgânicas da dor aguda** podem ocasionar importantes respostas bio-psico-sociais e culturais, desenvolvendo, por vezes, quadros de **dor crónica**;

O **doente em estado crítico** tem muitos factores precipitantes de agitação, dor e desconforto, pelo que o controlo da resposta ao stress exige a combinação de analgesia e sedação;

O **tratamento efectivo** diminui a incidência de complicações pós-operatórias, assim como, o tempo de internamento e a morbimortalidade;

Com as **técnicas disponíveis**, actualmente, pode-se conseguir um **tratamento efectivo** da dor aguda em cerca de **100%**;

A **analgesia multimodal** é um dos métodos mais eficazes de controlo da dor aguda.



ENFERMAGEM

MEDICINA

FISIOTERAPIA

PSICOLOGIA

FAMILIA



## BIBLIOGRAFIA

- ▣ Aissaoui, Y. et al. (2005). Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia Analgesia*.
- ▣ Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. (2010). *Acute pain management: scientific evidence*. Third edition.
- ▣ Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem – Versão I*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.
- ▣ Carneiro, A. et al. (2008). *Curso de evidência na emergência, Manual de procedimentos*. 1ª Edição. Porto.
- ▣ Circular Normativa, nº9 de 14 de Junho de 2003. *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- ▣ International Association for the Study of Pain . (1979) . *Pain terms*.

## BIBLIOGRAFIA

- ▣ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2003). *Pain Management Standards*.
- ▣ Jin, F. e Chung, F. (2001). Multimodal analgesia for postoperative pain control. *Journal Clinical Anesthesia*.
- ▣ Lehmann, K. (2005). Proceedings of the Symposium "Updates of the Clinical Pharmacology of Opioids with Special Attention to Long-Acting Drugs" Recent Developments in Patient-Controlled Analgesia. *Journal of Pain and Symptom Management* .
- ▣ Sintra, R. et al (2009). *Acute Pain Management*. Cambridge University Press.
- ▣ World Health Organization. (2007). *Normative Guidelines on Pain Management*. Geneva.
- ▣ Young, J. et al. (2006). Use of a behavioral pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*.

**ANEXO II – Impresso para Registo de  
Avaliação e Controlo da Dor do Centro  
Hospitalar do Alto Ave, E.P.E, Guimarães**





## Instruções de Preenchimento do Impresso de Registo de Avaliação e Controlo da Dor

**0** Colar a etiqueta de identificação do cliente no respectivo local; preencher o nome do serviço e nº da folha. Na falha de etiqueta escrever o nº de processo, nome completo e data de nascimento do cliente

**1 Escala:** Assinalar com uma cruz a escala a utilizar para avaliação da dor

**2 Data:** Registar neste campo a data de avaliação da dor [dia, mês e ano]

**3 Hora:** Registar a hora de avaliação da dor

**4 Intensidade:** Registar por número a intensidade da dor referida pelo cliente de acordo com a escala utilizada.

**5 Tipo:** Registar a letra a que corresponde o tipo da dor referida pelo cliente, se não estiver pré-definida, assinalar por extenso a mesma no quadro de legendas.

**6 Localização:** Assinalar na figura o local da dor, identificar esse local por um número e registá-lo na tabela. Ao iniciar nova folha reinicia-se a numeração na figura.

**7 Manifestações não verbais da dor:** Registar a letra maiúscula correspondente à manifestação não verbal.

**8 Frequência:** Registar a letra correspondente à frequência da dor referida pelo cliente.

**9 Medidas Não Farmacológicas:** Registar a intervenção, com a letra maiúscula correspondente à medida tomada.

**10 Medida Farmacológica.** Registar a medida farmacológica que foi implementada ao cliente, atribuindo-lhe um número. Ao iniciar nova folha reinicia-se a numeração

**11 Assinatura:** Enfermeiro responsável pela avaliação

**NOTA:**

Quando a intensidade da dor for zero ou quando não se institui nenhuma medida de controlo da dor, assinalar no campo respectivo da avaliação e controlo da dor o símbolo nulo [ Ø ].





**ANEXO IV – Questionário de Avaliação  
da Formação em Serviço da Instituição**





## Formação em Serviço – Questionário do Formando

**Acção de Formação** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

Uma vez que terminaram esta acção de formação, importa reflectir sobre as aprendizagens e a dinâmica estabelecida. A sua opinião sobre a acção reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia/eficiência deste centro em futuras acções. Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa. Obrigado pela sua colaboração,

**Grupo Profissional** \_\_\_\_\_

**Experiência na Função** \_\_\_\_\_ anos

**Cargo**  Direcção  Execução

Não se aplica	Nada Satisfatório	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bastante Satisfatório	Extremamente Satisfatório
0	1	2	3	4	5


1. OBJECTIVOS	0	1	2	3	4	5
Classifique a clareza na definição dos objectivos do curso						
Avalie o grau de realização dos objectivos propostos						

2. DESENVOLVIMENTO/UTILIDADE	0	1	2	3	4	5
Avalie a utilidade dos temas tratados para o desempenho das suas funções						
Classifique o nível de conhecimentos adquiridos para a melhoria do seu desempenho profissional						

3. DESENVOLVIMENTO/REALIZAÇÃO DA ACÇÃO	0	1	2	3	4	5
Classifique esta acção de formação quanto à duração (tempo total do curso)						
Avalie o nível de componente prática desta acção de formação						

4. AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	0	1	2	3	4	5
Nível de conhecimento no início da acção						
Nível de conhecimento no final da acção						

5. FORMADORES	Sr.					Sr.					Sr.							
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Domínio dos temas tratados																		
Motivou a participação do grupo																		
Relação com o grupo																		
Despertou interesse																		
Clareza da comunicação																		
Prestou os esclarecimentos solicitados																		
Recorreu a exemplos e exercícios para expor os temas																		
Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos																		

 Ministério da Saúde	CENTRO HOSPITALAR DO ALTOAVE, E.P.E. Acreditação JCI	Código
	<b>Formação em Serviço – Questionário do Formando</b>	0341_Reg_SQE Pág. 2 / 2

6. Como teve conhecimento desta acção de formação?

---

---

7. Refira os aspectos positivos deste curso

---

---

8. Refira os aspectos negativos deste curso

---

---

9. Tente identificar os obstáculos que poderá encontrar na aplicação dos saberes adquiridos, relativamente ao seu cenário de vida profissional

---

---

10. Dê sugestões para futuras acções de formação

---

---

---

11. Outros comentários

---

---

---

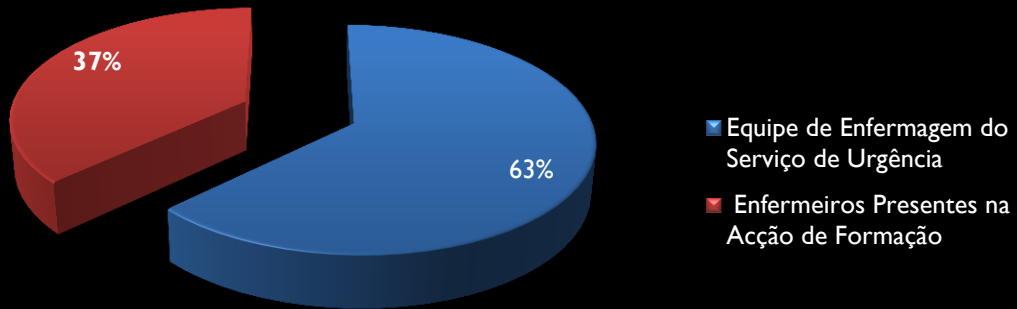
Obrigado!

ANEXO V – Avaliação da Acção de  
Formação – tratamento de dados dos  
questionários aplicados

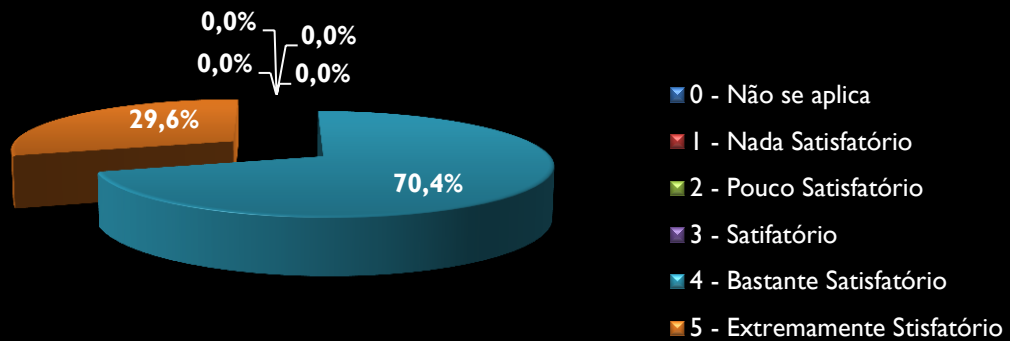


# AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO - DADOS ESTATÍSTICOS

## Índice de Participação na Acção de Formação

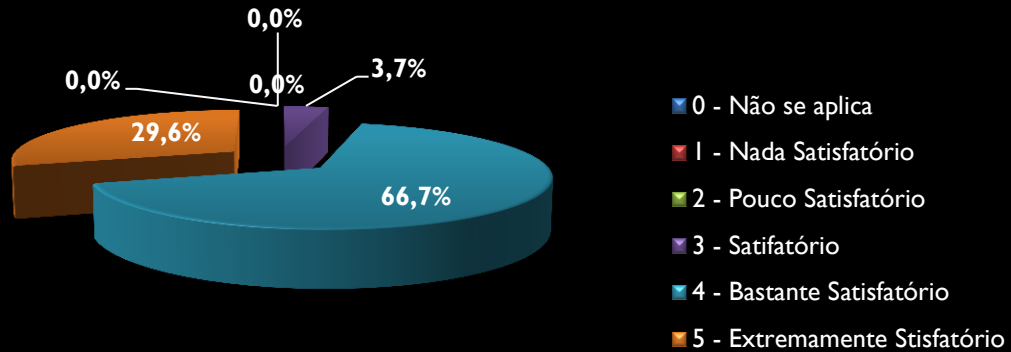


## I. I Clareza dos Objectivos

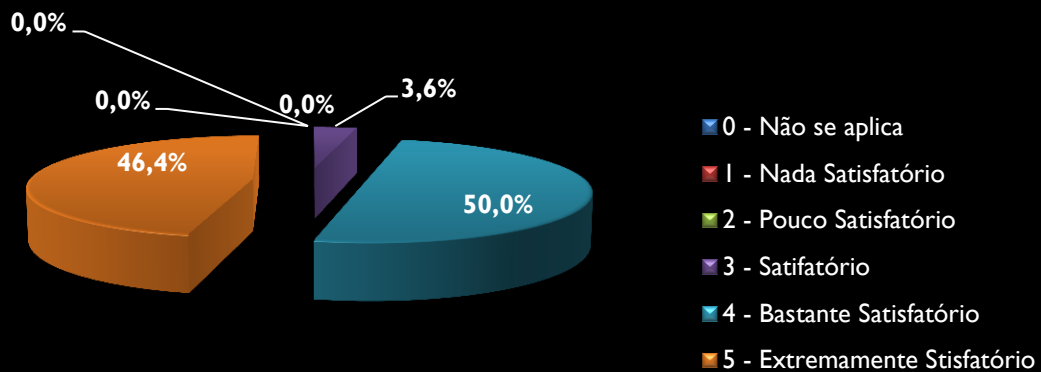


# AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO - DADOS ESTATISTICOS

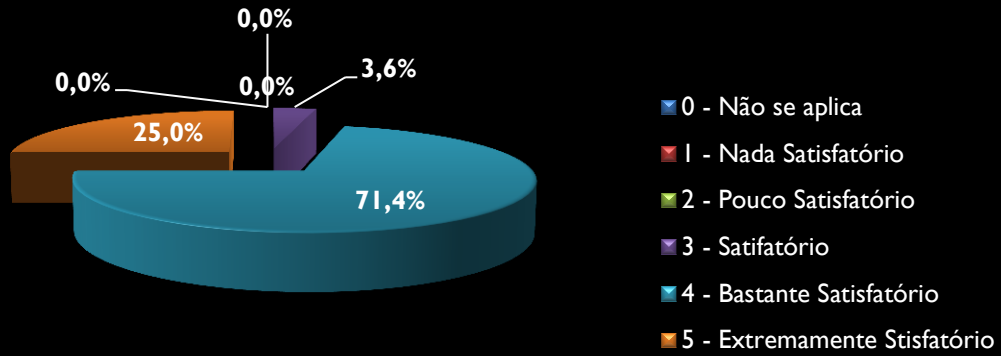
## 1.2 Realização dos Objectivos



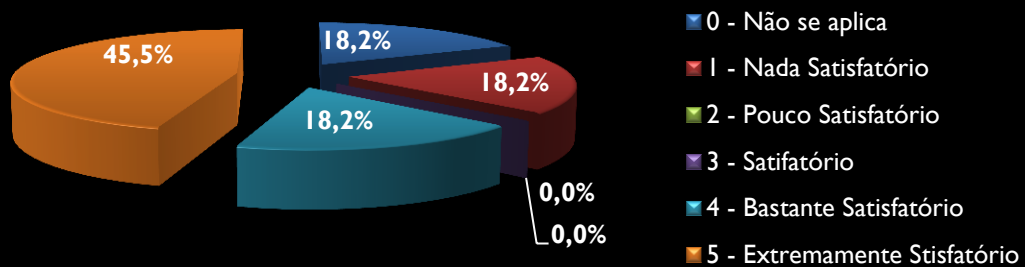
## 2.1 Utilidade dos Temas Tratados



## 2.2 Nível de Conhecimentos Adquiridos

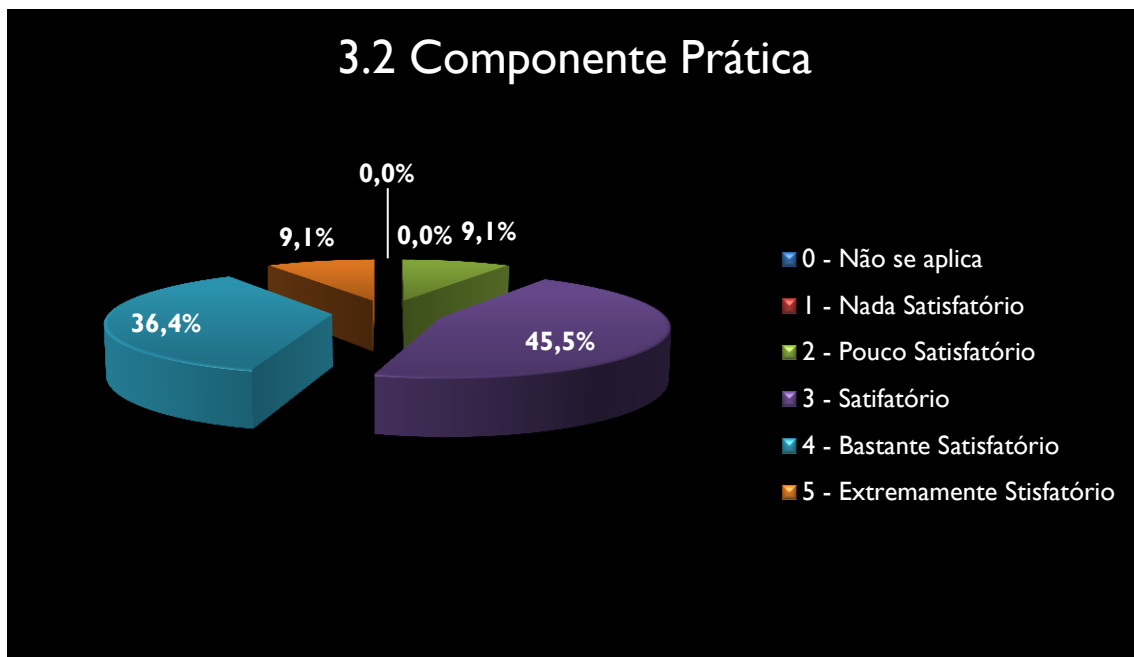


## 3.1 Duração da Acção de Formação

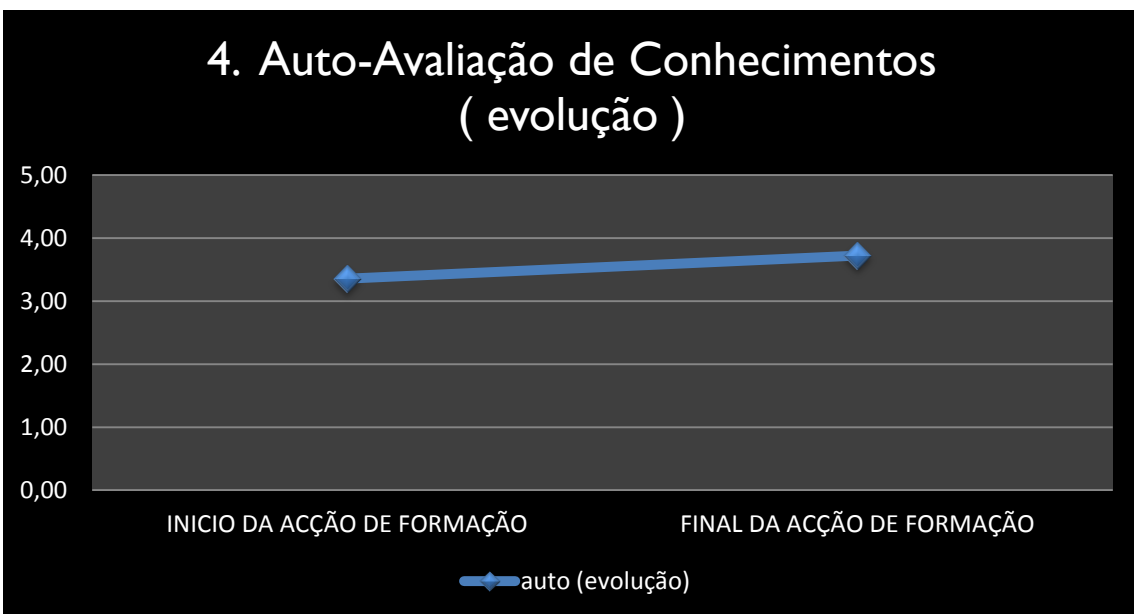


# AValiação DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO - DADOS ESTADÍSTICOS

## 3.2 Componente Prática

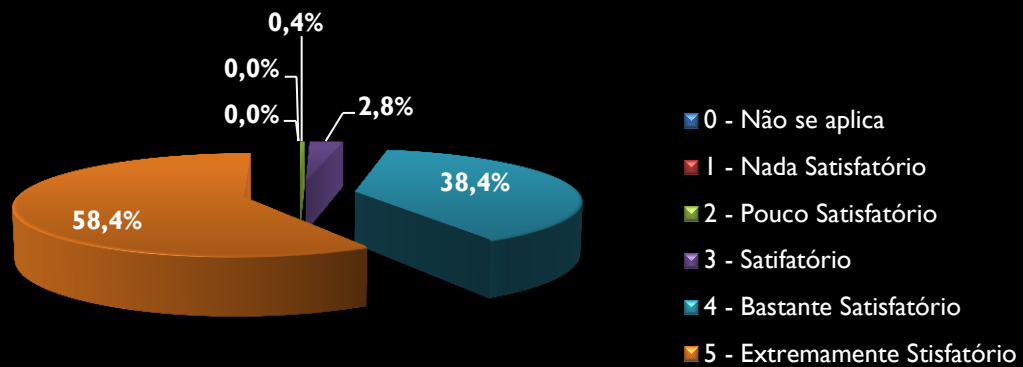


## 4. Auto-Avaliação de Conhecimentos ( evolução )

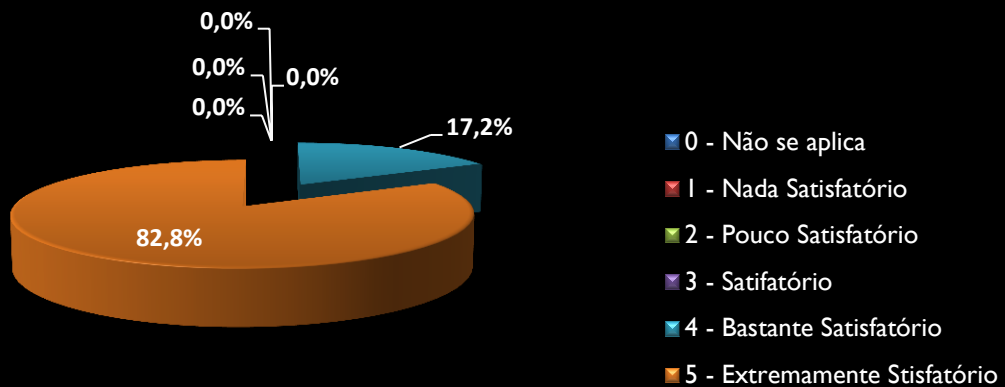


# AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO - DADOS ESTATISTICOS

## 5. Avaliação do Formador

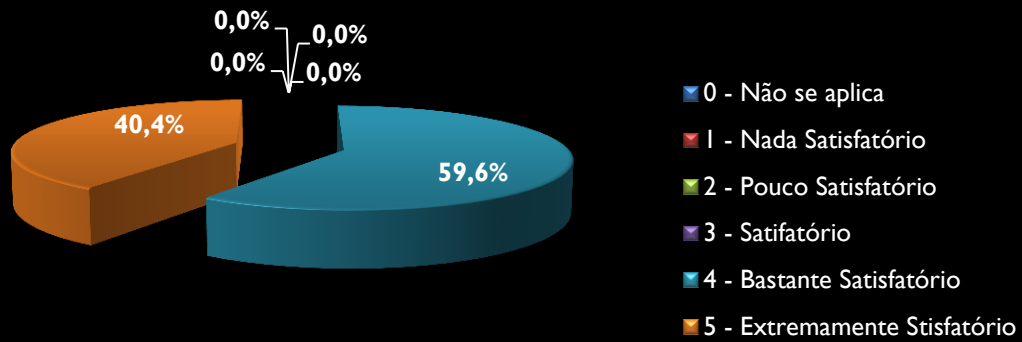


## 5.1 Domínio dos Temas Tratados

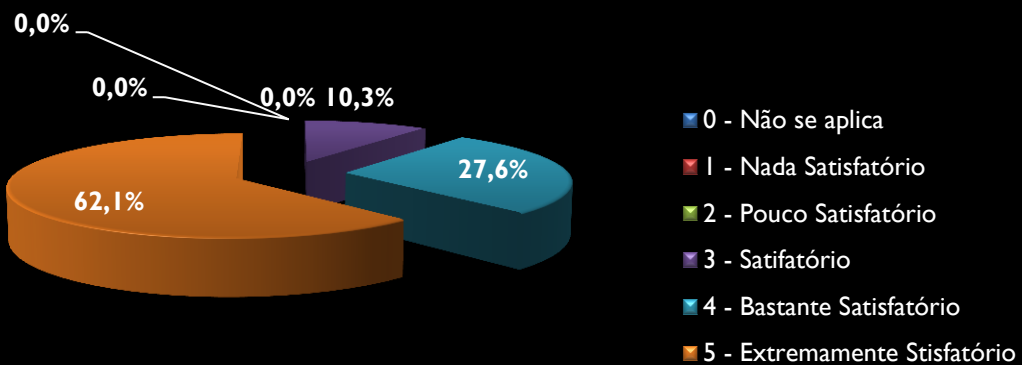


# AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO - DADOS ESTATISTICOS

## 5.2 Motivou a Participação do Grupo

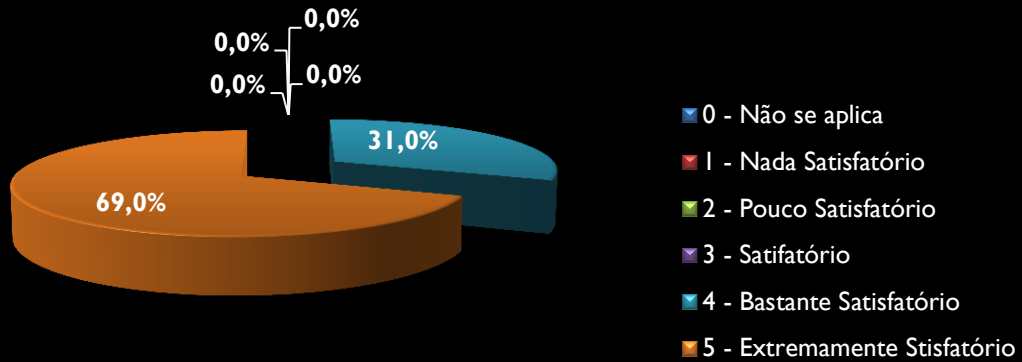


## 5.3 Relação com o Grupo

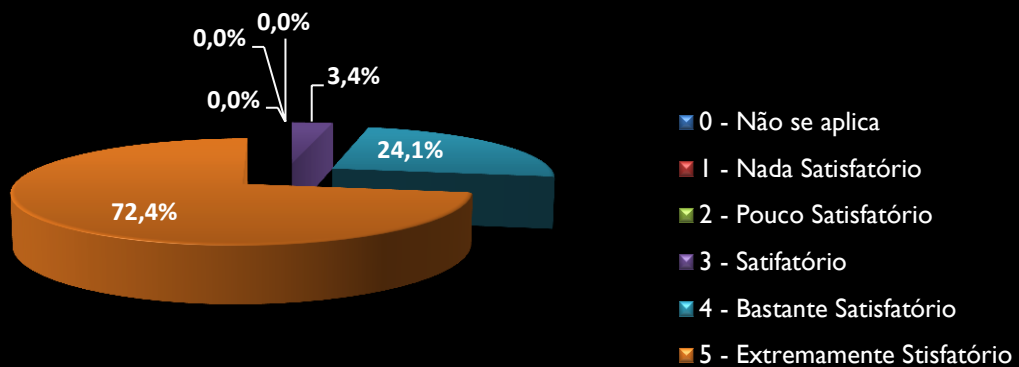


## AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO - DADOS ESTATISTICOS

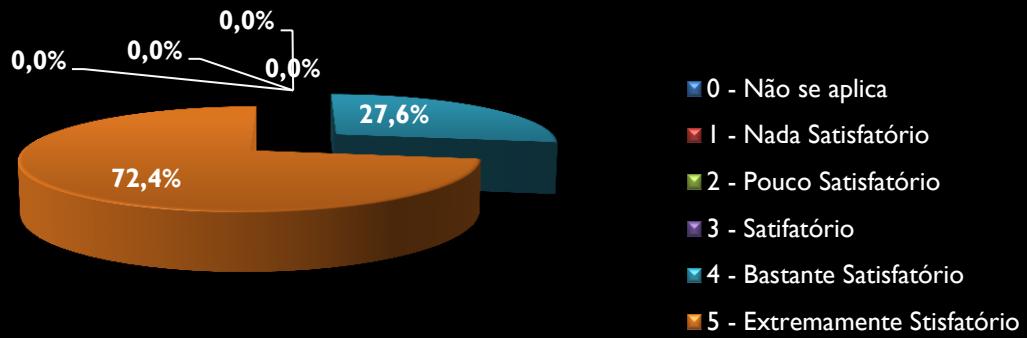
### 5.4 Despertou Interesse



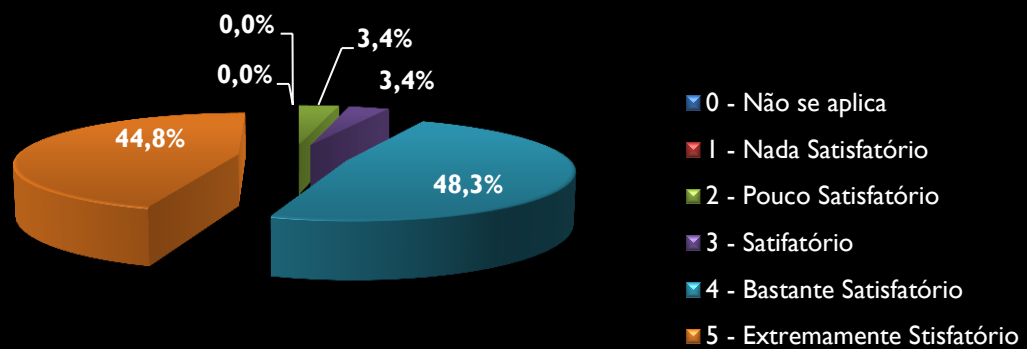
### 5.5 Clareza da Comunicação



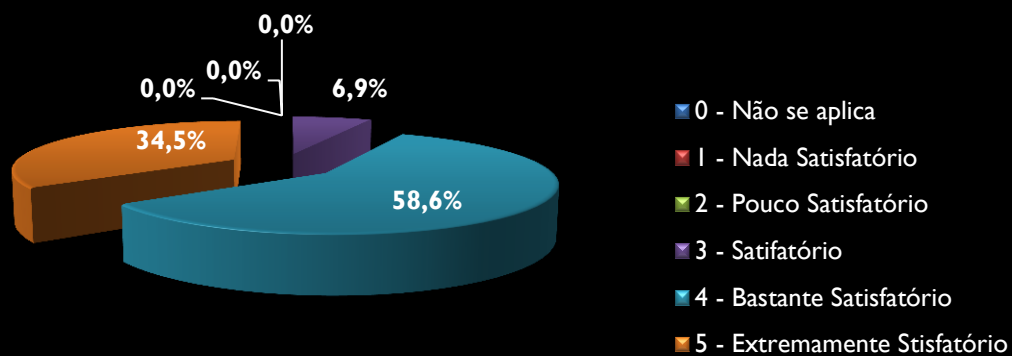
### 5.6 Prestou os Esclarecimentos Solicitados



### 5.7 Recorreu a Exemplos e Exercícios para Explicar os Temas



### 5.8 Utilizou Uma Metodologia que Facilitou a Aprendizagem e Utilidade Prática dos Conteúdos





## ANEXO VI – Estudo de Caso





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **ESTUDO DE CASO**

**PESSOA COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE –  
APLICAÇÃO DOS FACTORES DE CUIDADO DE WATSON**

**Aluno: Marisa João Fernandes**

**Braga, Maio de 2010**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **ESTUDO DE CASO**

**PESSOA COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE –  
APLICAÇÃO DOS FACTORES DE CUIDADO DE WATSON**

**Aluno: Marisa João Fernandes**

**Sob orientação: Amélia Rego**

**Braga, Maio de 2010**



## **SIGLAS**

APA - American Psychological Association

Apache – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

ARDS – Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas vias Aéreas

EEMC - Enfermagem de Especialização em Médico-Cirúrgica

PA – Pressão Arterial

PVC – Pressão Venosa Central

Sups – Simplified Acute Physiology Score



## ÍNDICE

<b>0 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1 - PESSOA COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE .....</b>	<b>6</b>
1.1 - HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL .....	8
1.2 - PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	9
1.2.1 - AVALIAÇÃO INICIAL .....	9
1.2.2 - PLANO DE CUIDADOS.....	10
<b>2 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>17</b>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### ANEXOS

ANEXO I – Padrões Funcionais

ANEXO II – Diagnósticos de Enfermagem

ANEXO III – Intervenções de Enfermagem



## 0 – INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio - Módulo II (Unidade de Cuidados Intensivos) do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Médico-Cirúrgica (EEMC), está a elaboração de um estudo de caso, "...investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização (...) para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial ou único, explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção"<sup>1</sup>.

A escolha do doente não foi aleatória, sendo critério o tempo de permanência no serviço para permitir continuidade do plano de cuidados, e a patologia de forma a caracterizar o universo de doentes mais comuns naquele serviço (dependência prolongada de ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda).

Sendo assim, de 14 a 21 de Maio de 2010 foi-me facultado, juntamente com a enfermeira tutora, ser enfermeira de referência do doente em estudo, o que me possibilitou prestar cuidados individualizados, personalizando o plano de cuidados de forma a cuidar o doente na sua globalidade, tendo em vista a sua integridade física, psicológica e social<sup>2</sup>.

A aplicação do processo de enfermagem é fundamental às intervenções dos profissionais de enfermagem em qualquer unidade de cuidados proporcionando ordem e direcção ao cuidado, é "a essência da prática de enfermagem, o instrumento e a metodologia da profissão"<sup>3</sup> e, como tal, auxilia a tomada de decisão na resolução de problemas. Sendo Jean Watson a teórica em quem a Instituição alicerça a sua filosofia do cuidar, as acções de enfermagem foram planeadas e fundamentadas tendo em conta os 10 factores do cuidado preconizados pela teórica, perspectivando o desenvolvimento da prática no sentido do modelo conceptual.

A Classificação para a prática de enfermagem (CIPE), em uso no serviço, foi o instrumento de informação utilizado para documentar o processo de cuidados do doente em estudo.

Com a elaboração deste estudo de caso pretendeu-se:

- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre a patologia do doente em estudo;
- ✓ Aprofundar conhecimentos sobre a história clínica, pessoal e familiar do doente;
- ✓ Apresentar um plano de cuidados utilizando a linguagem CIPE;
- ✓ Aplicar um modelo teórico à prática de cuidados de enfermagem;
- ✓ Desenvolver conhecimentos na aplicação da CIPE.

A metodologia utilizada, para a elaboração deste trabalho, foi a entrevista ao doente e familiar significativo (esposa), a observação directa, a consulta do processo clínico para complementar

<sup>1</sup> Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 5ª Edição, Lusociência. Loures, p.164.

<sup>2</sup> Cruz, A. et al. (2002). O método individual de trabalho e suas implicações. *Sinais Vitais*, 43: 25-29.

<sup>3</sup> George, J. et al. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª Edição, Artmed Editora. Porto Alegre, p. 21.

a informação com outros elementos da equipe de saúde e a pesquisa bibliográfica, que foi referenciada segundo a norma American Psychological Association (APA).

O presente trabalho é composto por duas partes. Inicialmente, foi efectuada uma breve abordagem à patologia, seguindo-se a avaliação inicial e o respectivo plano de cuidados de acordo com os fenómenos identificados e os factores de cuidado associados.

Neste estudo foram tomadas as disposições necessárias para proteger o direito e a liberdade das pessoas que participaram. Apesar de não existir nenhum documento formal assinado, foi esclarecido o contexto e finalidade do trabalho, bem como, que a identificação dos elementos seria omissa, aparecendo apenas as suas iniciais.

## 1 - PESSOA COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE

A insuficiência respiratória aguda, actualmente, “constitui a falência orgânica prevalente em unidades de cuidados intensivos”<sup>4</sup>. Resulta de um deficiente desempenho do sistema respiratório, sendo caracterizada pela incapacidade em se efectuarem trocas gasosas adequadas, e posterior hipoxémia. A hipercapnia pode estar ou não presente, dependendo da causa subjacente. As causas principais da hipoxémia são:

- ✓ Hipoventilação alveolar (quantidade insuficiente de oxigénio transportado aos alvéolos para satisfação das necessidades metabólicas do organismo);
- ✓ Desequilíbrio ventilação/perfusão (o sangue passa através dos alvéolos que, considerando a sua perfusão, estão hipoventilados, ficando essas zonas com menos oxigénio que o normal);
- ✓ Shunt intrapulmonar (forma extrema de desequilíbrio ventilação/perfusão, o sangue alcança o sistema arterial sem participar nas trocas gasosas).

A etiologia da insuficiência respiratória aguda pode ser extra pulmonar (alterações que afectam o cérebro, a espinal medula, o sistema neuromuscular, o tórax, a pleura e a via aérea superior) ou intrapulmonar (distúrbios que afectam a via aérea inferior, os alvéolos, a circulação pulmonar e a membrana alvéolo-capilar).

A pneumonia “ é uma infecção do parênquima pulmonar que pode ser causada por várias espécies bacterianas, incluindo micoplasmas, clamídias e requétsias, vírus, fungos e parasitas”<sup>5</sup>, através da inalação ou do transporte pela corrente sanguínea destes agentes infecciosos ou fumos, ou tratamento com radiações. O seu aparecimento pode dever-se a uma alteração dos mecanismos de defesa, a um microrganismo particularmente virulento, ou a uma situação que favoreça a inoculação. A pneumonia surge quando um microrganismo virulento tem capacidade para se multiplicar nas vias aéreas inferiores. Pode ser classificada conforme o local onde a infecção é adquirida, no hospital (nosocomial) ou na comunidade.

A pneumonia adquirida na comunidade representa cerca de 10% de todos os doentes internados com pneumonia, sendo a mortalidade superior a 50%. Os agentes patogénicos que provocam pneumonia severa incluem *Streptococcus pneumoniae* (*Legionella*, *Haemophilus Influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*), vírus respiratórios, *Chlamydia pneumoniae*, e *Pseudomonas aeruginosa*.<sup>6</sup>

Os factores a que aumentam o risco de pneumonia adquirida na comunidade são:

- ✓ Alcoolismo;
- ✓ Doença pulmonar obstrutiva crónica;

---

<sup>4</sup> Urden, L. et al. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição, Lusodidacta. Lisboa, p.627.

<sup>5</sup> Braunwald, E. et al. (2002). *Harrison - Medicina Interna*. 15ª Edição. Volume II. McGraw-Hill. Lisboa, P.1559.

<sup>6</sup> Urden, L. et al. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição, Lusodidacta. Lisboa.

- ✓ Diabetes Mellitus;
- ✓ Patologia maligna;
- ✓ Patologia coronária;
- ✓ Insuficiência renal;
- ✓ Doença hepática.

A pneumonia adquirida na comunidade pode-se apresentar de forma típica (início súbito) ou atípica (início gradual) e a manifestação clínica varia conforme o microrganismo.

A pneumonia típica caracteriza-se por:

- ✓ Febre de início súbito;
- ✓ Tosse produtiva com expectoração purulenta;
- ✓ Dispneia;
- ✓ Dor torácica pleurítica;
- ✓ Sinais de condensação (maciszez, aumento da transmissão das vibrações vocais)

A pneumonia atípica caracteriza-se por:

- ✓ Mal-estar geral de aparecimento progressivo;
- ✓ Tosse irritativa escassamente produtiva;
- ✓ Dispneia;
- ✓ Cefaleias;
- ✓ Mialgias;
- ✓ Fadiga;
- ✓ Dor faríngea;
- ✓ Náuseas;
- ✓ Vômitos;
- ✓ Diarreia;
- ✓ Ausência de sinais esteto-acústicos de condensação.<sup>7</sup>

O diagnóstico efectua-se com base no exame físico do doente e exames auxiliares, tais como:

- ✓ Radiografia do tórax para confirmar a condensação e distribuição pulmonar e derrame pleural;
- ✓ Exame microbiológico da expectoração (principal exame na avaliação de um doente com pneumonia bacteriana), através de métodos convencionais ou se inexequível através de técnicas invasivas como, por exemplo, a broncoscopia com aspiração, biópsia ou escovado brônquico;
- ✓ Teste de sensibilidade aos antibióticos;
- ✓ Gasimetria arterial, para verificar trocas gasosas;
- ✓ Hemograma completo, bioquímica e hemoculturas;
- ✓ Toracentese para obter amostras do líquido pleural, se derrame pleural.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Braunwald, E. *et al.* (2002). *Harrison - Medicina Interna*. 15ª Edição. Volume II. McGraw-Hill. Lisboa, p.1556.

O tratamento do doente poderá incluir:

- ✓ Antibioterapia - embora o objectivo seja a antibioterapia específica, nem sempre é possível devido ao tempo de demora na obtenção das culturas, sendo necessário ponderar o início do tratamento de acordo com o estado clínico do doente;
- ✓ Oxigenoterapia - para prevenir/tratar a hipoxémia;
- ✓ Ventilação pulmonar independente - permite que cada pulmão seja ventilado separadamente, o que controla o fluxo, volume e pressão que cada pulmão necessita, facilitando uma oxigenação e ventilação óptimas.
- ✓ Posicionamento terapêutico (decúbito ventral e rotação terapêutica) - auxilia no equilíbrio da ventilação/perfusão, através de uma melhor redistribuição do oxigénio e da perfusão sanguínea pulmonar, melhorando as trocas gasosas; utiliza a colocação das regiões pulmonares menos afectadas em posição pendente, sendo as regiões menos comprometidas preferencialmente perfundidas, o que resulta num menor desequilíbrio ventilação/perfusão; facilita a mobilização de secreções e proporciona alívio da pressão;
- ✓ Suporte Nutricional - dieta hipercalórica e hiperproteica para dar resposta às necessidades metabólicas;
- ✓ Broncodilatadores e adjuvantes (mucolíticos e corticoides) - facilitam a remoção das secreções, a dilatação das vias aéreas, relaxamento do músculo liso e redução da inflamação;
- ✓ Bloqueadores neuromusculares - para o conforto do doente, diminuição do trabalho respiratório e consumo de oxigénio e ventilação adequada.

A pneumonia continua a ser um problema major, não só pela gravidade da sua frequência e gravidade das suas complicações, mas pelos novos agentes que surgiram e pelos novos aspectos dos agentes patogénicos já existentes que vieram alterar predominantemente a sua epidemiologia.

### 1.1 – HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL

O Sr. B. C. deu entrada no serviço de Urgência do Hospital Braga Escala a 3 de Abril de 2010 pelas 17:00 horas por dispneia, expectoração, tosse e diarreia, com início súbito de hipertermia a 1 de Abril que cedeu 48 horas após início de antibioterapia, anti-inflamatórios e antipiréticos orais no domicílio.

Trazia radiografia do tórax (3/04/10), com infiltrado heterogéneo nas duas bases, sem evidência de derrame. A radiografia efectuada no serviço de urgência, mostrava agravamento das hipotransparências, o exame clínico e gasimetria revelaram insuficiência respiratória

---

<sup>8</sup> Phipps, W. et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. 6ª Edição. Volume II. Lusociência. Loures, p.1053.

hipoxémica e razão de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><100, mesmo com progressão do suplemento de O<sub>2</sub> até máscara de Hudson. Iniciou antibioterapia.

Permaneceu no serviço de urgência, em OBS, até 4 de Abril tendo sido transferido para a UCIP pelas 22:30 minutos, por falência respiratória - foi entubado e ventilado por síndrome de dificuldade respiratória (frases incompletas, 50 ciclos respiratórios por minuto).

Foi-lhe diagnosticada Pneumonia Adquirida na Comunidade grave e Síndrome Respiratória Aguda (ARDS), tendo sido atribuído risco de morte hospitalar 11% (Apache II)<sup>9</sup> e 15% (Sups II)<sup>10</sup> nas primeiras 24 horas.

Permaneceu ventilado, sedado e curarizado durante 35 dias, com posicionamento terapêutico (decúbito ventral) durante 18 dias, antibioterapia, broncodilatadores e adjuvantes, analgésicos, suporte nutricional (alimentação entérica), monitorização invasiva de pressão venosa central (PVC) e pressão arterial (PA), monitorização não invasiva (frequência cardíaca, electrocardiograma).

Actualmente, e após 45 dias de internamento, mantém suporte ventilatório por traqueostomia (efectuada a 13/05/10), em CPAP (pressão positiva continua nas vias aéreas), sedado mas consciente e orientado, com suporte nutricional (alimentação entérica) e com monitorização invasiva e não invasiva.

## 1.2- PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem indica “um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de acções dinâmicas e inter-relacionadas para a sua realização, ou seja, indica a adopção de um determinado método ou modo de fazer (sistematização da assistência de enfermagem)”<sup>11</sup>. Deve ser fundamentado num método científico de solução de problemas, através do qual se utiliza um sistema de valores e crenças morais e conhecimento técnico-científico, que permitem a tomada de decisão<sup>12</sup>.

Foi com base nestes princípios que os elementos inerentes à prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) foram desenvolvidos para a prestação de cuidados ao doente em estudo.

### 1.2.1 - AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação do estado geral do doente foi efectuada através da apreciação e descrição dos padrões funcionais de saúde de Gordon a quando da admissão (ANEXO I). “O sistema de

---

<sup>9</sup> Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II

<sup>10</sup> Simplified Acute Physiology Score

<sup>11</sup> Garcia, T. e Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery*, 13:189.

<sup>12</sup> Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, Uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures.

padrões funcionais de Gordon propicia um formato excelente e relevante para a colheita de dados a fim de determinar o estado de saúde e o funcionamento de um indivíduo ou grupo.”<sup>13</sup>

- Nome: B. N. C.
- Sexo: Masculino;
- Raça: Caucasiana;
- Idade: 44 anos (14/03/1966);
- Estado Civil: Casado;
- Filhos: 2 (7 e 12 anos);
- Residência: Vila Verde, com esposa e filhos;
- Profissão: Advogado;
- Ocupação de tempo livre: essencialmente leitura, esporadicamente joga futebol e anda de bicicleta;
- Antecedentes pessoais: fumou dos 20 aos 39 anos, sem patologias ou medicação habitual.

#### 1.2.2 - PLANO DE CUIDADOS

De forma a sistematizar e organizar o cuidado, a CIPE foi utilizada como sistema de classificação de fenómenos, “aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem”<sup>14</sup>, que foram determinados com base nos focos de atenção, constituindo-se, desta forma, os diagnósticos de enfermagem do doente em estudo (ANEXO II).

Tendo em conta a pessoa, “...indivíduo como agente intencional desempenhando acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de ser humano individual, isto é racionalidade”<sup>15</sup>, como foco de atenção e a sua circunstância e o ambiente que a rodeia, durante a semana como enfermeira de referência, foram avaliados os resultados das intervenções de enfermagem (ANEXO III) e formulados novos diagnósticos de enfermagem, que foram os seguintes:

- Risco de Infecção;
- Sono alterado;
- Tristeza presente;
- Ansiedade presente;
- Comunicação expressiva alterada.

Este período coincidiu com a redução da sedação, realização de traqueostomia, altura em que o doente ficou, pela primeira vez, consciente e conhecedor do seu estado de saúde.

---

<sup>13</sup> Carpenito, L. (2009). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 11ª Edição, Artmed. Porto Alegre, p.49.

<sup>14</sup> Conselho Internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão β*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.

<sup>15</sup> Conselho Internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão β*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, p. 43.

Posteriormente à identificação dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se à selecção das intervenções de enfermagem com integridade referencial para os mesmos, no sentido da obtenção de ganhos em saúde.<sup>16</sup>

As intervenções de enfermagem foram estabelecidas com base nos dez factores do cuidar da teoria de Watson, na qual o pensamento crítico com a filosofia e a ciência do cuidar “oferece uma perspectiva holística e humanista às fases de apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação do processo de enfermagem.”<sup>17</sup> O cuidar transpessoal de Watson focaliza a acção no doente, ambiente, saúde e enfermagem. A pessoa, ser humano tem necessidades (bio-psico-sociais, culturais e interpessoais) que devem ser avaliadas, respeitadas, sustentadas e cuidadas, encontrando-se inserida num ambiente (mental, físico, social e espiritual) que deve ser reparador. A relação interpessoal entre enfermeiro e doente promove a saúde holística e previne a doença, pois “juntos...compreendem o significado da experiência do doente.”<sup>18</sup> A teórica rejeita a orientação da doença para o cuidado de saúde e posiciona o cuidado antes da cura, com o objectivo principal da cura global do doente e a satisfação do prestador de cuidados.<sup>19</sup>

O ambiente de uma unidade de cuidados intensivos caracteriza-se como fechado e complexo, tecnológico, com a permanência de doentes em estado de saúde crítica e com grande risco de vida, onde o prognóstico é, por vezes, reservado. Neste contexto, o cuidado integral do ser humano é fundamental, onde a relação enfermeiro, doente e família deve ser privilegiada. Foi com base nesta perspectiva, atendendo aos dez factores de cuidado de Watson<sup>20</sup>, que o plano de cuidados, a seguir apresentado, foi elaborado.

Fenómeno: Infecção

Diagnóstico de Enfermagem (14/05/10): Risco de Infecção por cateter urinário

Factor de cuidado de Watson: factor 6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão através da sistematização dos cuidados de enfermagem (processo de enfermagem); factor 8. Promoção de um ambiente físico protector, através de medidas de segurança, como o controlo de infecção.

O ambiente estético e limpo preconizado por Watson é um factor importante para o conforto e segurança do doente, e para o qual existem procedimentos e normas de actuação bem definidas e implementadas no serviço.

---

<sup>16</sup> Cunha, A. e Mota, L. (2007). *Sistemas de apoio à prática de enfermagem - Guia prático*. Lusociência. Loures.

<sup>17</sup> Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição, Lusociência. Loures, p.175.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 166.

<sup>19</sup> Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, Uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures.

<sup>20</sup> Factor 1. Formação de um sistema de valores humanista-altruista; Factor 2. Promoção da fé-esperança; Factor 3. Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros; Factor 4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança; Factor 5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; Factor 6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão; Factor 7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; Factor 8. Promoção de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio; Factor 9. Auxílio na satisfação das necessidades humanas; Factor 10. Permissão de forças fenomenológico-existenciais.

A quando do contacto directo com o Sr. B. C., foram utilizados procedimentos de isolamento (luvas, bata, touca e máscara facial) e práticas de higienização das mãos conforme normas de controlo de infecção.

Foi efectuada vigilância e higiene do meato urinário, conforme normas padronizadas de controlo de infecção (água e sabão ou soro fisiológico) e características da urina.

Foi utilizado o processo de enfermagem, conferindo assim uma abordagem científica, baseada em evidência, nos cuidados de enfermagem ao doente com cateter urinário.

#### Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar a eliminação urinária (1/1 hora);
- Optimizar cateter urinário (Sem horário)
- Trocar cateter urinário (7/7 dias ou S.O.S);
- Remover cateter urinário (S.O.S).

Justificação da pertinência do diagnóstico: Uma das complicações inerentes à colocação de um cateter urinário é desenvolver uma infecção urinária. O doente teve indicação da atitude terapêutica (prescrição interdependente) algaliação, para monitorização do débito urinário.

Avaliação das intervenções de Enfermagem (14/05/10 a 21/05/10): Meato urinário e urina limpos, com exame bacteriológico negativo, manutenção do estado de saúde. Por presença de cateter urinário, mantém diagnóstico de enfermagem.

#### Fenómeno: Infecção

Diagnóstico de Enfermagem (14/05/10): Risco de infecção por presença de cateter venoso central.

Factor de cuidado de Watson: factor 6. Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão através da sistematização dos cuidados de enfermagem (processo de enfermagem); factor 8. Promoção de um ambiente físico protector, através de medidas de segurança, como o controlo de infecção.

Foi realizado penso ao cateter venoso central, conforme normas de controlo de infecção, quando necessário (penso repassado e/ou perda de integridade) utilizando técnica asséptica. Manipuladas entradas de cateter utilizando técnica asséptica (desinfecção com álcool a 70% antes e após administração de fármacos).

Foi utilizado o processo de enfermagem, conferindo assim uma abordagem científica, baseada em evidência, nos cuidados de enfermagem ao doente com cateter venoso central através da vigilância e manutenção.

#### Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar local de inserção do cateter venoso central (sem horário);

- Vigiar penso do cateter venoso central (sem horário);
- Vigiar sinais de infecção (sem horário);
- Vigiar permeabilidade do cateter venoso central (sem horário);
- Optimizar cateter venoso central (S.O.S.)

Justificação da pertinência do diagnóstico: Um cateter venoso central é uma porta de entrada a microrganismos patogénicos, podendo dar origem a uma infecção.

Avaliação das intervenções de Enfermagem (14/05/10 a 21/05/10): Local de inserção de cateter venoso central sem sinais inflamatórios, manutenção do estado de saúde. Por presença de cateter venoso central, mantém diagnóstico de enfermagem.

Fenómeno: Sono

Diagnóstico de Enfermagem (21/05/10): Sono alterado

Factor de cuidado de Watson: factor 5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos mostrando compreensão e disponibilidade para ouvir; factor 8. Promoção de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio.

Ao facilitar a expressão dos sentimentos do doente estamos a permitir o conhecimento do seu estilo de vida, das suas aspirações e a permitir-nos apreciar o mundo das relações, deixando fluir a sensibilidade e o desejo de aliviar o sentimento do outro.

Segundo Watson, inúmeras variáveis afectam a vida e o bem-estar da pessoa, devendo ser considerados no cuidado de enfermagem. Estas variáveis podem ser externas e internas à pessoa, sendo ambas interdependentes e ambas afectam a saúde e a doença. A autora enfatiza as externas, neste factor de cuidado, como sendo o conforto e a privacidade.

Após redução da sedação o Sr. B.C., começou por apresentar insónias nocturnas, sendo necessário aumentar à sedação durante o período nocturno. No domicílio, segundo a esposa, também referia insónias, dormindo apenas 6 horas. Este facto foi, também confirmado pelo doente.

Foi sempre difícil promover o repouso e sono no Sr. B. C. através de medidas de conforto, sendo o posicionamento o que mais lhe proporcionava bem-estar.

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar sono (sem horário);
- Gerir ambiente físico (sem horário);
- Instruir sobre repouso e actividade.

Justificação da pertinência do diagnóstico: Apesar do esforço da equipe multidisciplinar em manter um ambiente calmo e propício ao sono e descanso dos doentes (redução de estímulos sonoros e iluminação), durante o período nocturno, a dinâmica de cuidados, mantém-se. O

facto de ser um ambiente estranho, as monitorizações contínuas e periódicas, os alarmes dos equipamentos dificultam o conforto e repouso nocturnos.

Avaliação das intervenções de Enfermagem (21/05/10): por ambiente estranho, mantém estado de saúde e diagnóstico de enfermagem.

Fenómeno: Tristeza

Diagnóstico de Enfermagem (18/6/10): Tristeza presente

Factor de cuidado de Watson: factor 2. Promoção da fé-esperança; factor 3. Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros; factor 4. Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança; factor 5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos.

Segundo Watson, promover a fé e a esperança é acreditar e fazer crer na possibilidade de mudança da realidade que se vivencia, gerar motivação e, conseqüentemente, favorecer o bem-estar. Mas só reconhecendo e usando a própria sensibilidade, é que se consegue contribuir para o processo evolutivo do outro. Este processo baseia-se numa relação de ajuda e confiança, sendo uma forma de promover o vínculo entre os participantes do processo de cuidado.

Após consciencialização da sua verdadeira situação de saúde, o Sr. B.C. teve um período em que mostrava interesse na sua recuperação (participava nos exercícios de reabilitação, questionava sobre a evolução clínica), posteriormente começou por manifestar desânimo pela evolução lenta da sua situação, até assumir um total desinteresse por si e pelo ambiente envolvente.

Durante a visita do familiar significativa foi encorajado a expressar emoções, continuando a rejeitar e a mostrar desinteresse pela sua situação.

Intervenções de Enfermagem:

- Encorajar comunicação expressiva – emoções (sem horário);
- Escutar o doente (sem horário);
- Facilitar suporte familiar (sem horário).

Justificação da pertinência do diagnóstico: foram identificados no doente "...sentimentos de desalento e de melancolia..."<sup>21</sup>.

Avaliação das intervenções de Enfermagem (18/06/10 a 21/06/10): por expressão de emoções de tristeza, mantém estado de saúde e diagnóstico de enfermagem.

---

<sup>21</sup> Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão 1*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, p.87.

Fenómeno: Ansiedade

Diagnóstico de Enfermagem (21/6/10): Ansiedade presente

Factor de cuidado de Watson: factor 5. Promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; factor 8. Promoção de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio; factor 9. Auxílio na satisfação das necessidades humanas.

Segundo Watson, as necessidades do ser humano são biofísicas, psicofísicas, psicossociais, inter e intrapessoais. Todas as necessidades possuem um grau de importância diferente, sendo necessário satisfazer as de ordem inferior (comida, eliminação, ventilação, inactividade, sexualidade, etc.) para se alcançar as de ordem superior (realização e afiliação, etc.). Ajudar na identificação das necessidades é essencial para promover o desenvolvimento e a saúde da pessoa.

O Sr. B.C, em determinados períodos do dia, essencialmente à tarde apresentava tempos de inadaptação ao suporte ventilatório, com sudorese, taquicardia, referindo falta de ar e necessitar ser aspirado. Após ser escutado, aspirado e posicionado, mostrava-se mais calmo.

Intervenções de Enfermagem:

- Gerir ambiente físico (sem horário);
- Executar técnicas de relaxamento (sem horário);
- Confortar a pessoa (sem horário);
- Escutar a pessoa (sem horário);
- Encorajar expressão de sentimentos (sem horário);

Justificação da pertinência do diagnóstico: foram identificados no doente "...sentimentos de angústia, sem causa conhecida, acompanhados de pânico (...), aumento da tenção muscular e do pulso, aumento da transpiração..."<sup>22</sup>.

Avaliação das intervenções de Enfermagem (21/06/10): por expressão de emoções de ansiedade, mantém estado de saúde e diagnóstico de enfermagem.

Fenómeno: Comunicação expressiva

Diagnóstico de Enfermagem (14/05/10): Comunicação expressiva alterada por presença de traqueostomia.

Factor de cuidado de Watson: factor 7. Promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; factor 8. Promoção de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio;

---

<sup>22</sup> Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão 1*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, p.85.

Segundo Watson, a promoção do ensino-aprendizagem, implica um processo de envolvimento entre as pessoas, sendo a explicação e a informação um dever moral dos cuidadores e que permite ao outro entender a sua situação, promover a sua autonomia, colaborando, assim, no seu bem-estar.

Com o Sr. B.C., foi privilegiada a comunicação não verbal, através do toque e expressões faciais de forma a tranquiliza-lo. Foi, também, Incentivada a comunicação com palavras, evitando frases longas conseguindo, o doente, em algumas situações, fazer-se entender. Na transmissão de sentimentos, estimulou-se a comunicação na presença do familiar significativo (esposa) com o intuito de facilitar a compreensão, pois permanecia mais calmo. Foi-lhe, ainda, explicado que a presença da traqueostomia seria uma situação provisória.

Intervenções de Enfermagem:

- Optimizar comunicação (sem horário);
- Promover comunicação não verbal (sem horário);
- Promover participação familiar (sem horário).

Justificação da pertinência do diagnóstico: foi identificada no doente dificuldade em se exprimir e na utilização de linguagem falada por presença de traqueostomia

Avaliação das intervenções de Enfermagem (14/05/10 a 21/06/10): por presença de traqueostomia, mantém estado de saúde e diagnóstico de enfermagem.

## 2 - CONCLUSÃO

A necessidade de construir classificações de enfermagem emerge do próprio desenvolvimento dos sistemas de informação informatizados na área da saúde. A documentação gerada pelos enfermeiros não assenta numa organização bem estruturada, pois a informação produzida além de insuficiente, é muitas vezes duplicada, gerando elevado tempo gasto para elaborar os registos, frequentemente com pouca integridade referencial dos dados, não documentando aspectos relacionados directamente com os cuidados de enfermagem.

Desta forma, a “utilização de uma linguagem comum na descrição dos cuidados vem facilitar a comunicação entre os enfermeiros.”<sup>23</sup> A CIPE estabelece esta linguagem única que descreve a prática de enfermagem a fim de otimizar a comunicação entre os profissionais de enfermagem e com os demais profissionais, proporcionando dados mais fidedignos para a pesquisa, assistência, descrevendo as necessidades dos indivíduos, as intervenções e os resultados advindos das acções de enfermagem.

A prática profissional requer uma abordagem sistemática centrada no doente, sendo os trabalhos teóricos de enfermagem “uma ferramenta útil para o raciocínio, para o pensamento crítico e para a tomada de decisões.”<sup>24</sup>

A elaboração deste estudo de caso permitiu-me orientar e melhorar a prática de cuidados ao doente crítico através da organização e sistematização dos cuidados, respeitando todas as fases do processo de enfermagem, através da classificação dos fenómenos, acções e resultados de enfermagem, descrevendo e caracterizando a prática com vista ao crescimento e ao desenvolvimento humano, utilizando a teoria de Watson para o cuidar holístico. A aplicação dos factores de cuidado de Watson facilitou-me a compreensão do doente como pessoa “valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada.”<sup>25</sup> A utilização do modelo conceptual de enfermagem adoptado pelas instituições pode, pois, ter utilidade na prática.

Considero que a CIPE é uma forma de estruturar e sistematizar os cuidados, constituindo uma estratégia para a consciencialização e a resolução de problemas, mas que nem sempre é correctamente utilizada, pois ao construir as intervenções de enfermagem, é frequentemente visível a inadequação das mesmas face a muitos fenómenos, “não traduzindo um problema da CIPE, mas evidenciando uma tradição de não desenvolvermos no dia-a-dia a reflexão e a formulação com rigor, do ponto de vista da documentação, as nossas práticas.”<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> Petronilho, F.(2003). S.I.E – Reformulação/Implementação: Que contributos para reflexão e melhoria das práticas. *Sinais Vitais*, **48**:21.

<sup>24</sup> Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição, Lusociência. Loures, p.19.

<sup>25</sup> George, J. *et al.* (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª Edição, Artmed Editora. Porto Alegre, p. 258.

<sup>26</sup> Petronilho, F.(2003). S.I.E – Reformulação/Implementação: Que contributos para reflexão e melhoria das práticas. *Sinais Vitais*, **48**:22.

As principais dificuldades que surgiram foram no domínio da linguagem CIPE e a devida aplicação de cada termo.

Considero que alcancei os objectivos a que me propus inicialmente para a realização deste trabalho, nomeadamente a compreensão e reflexão sobre o processo de enfermagem, bem como o aperfeiçoamento da utilização da CIPE.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braunwald, E. *et al.* (2002). *Harrison - Medicina Interna*. 15ª Edição. Volume II. McGraw-Hill. Lisboa.
- Carpenito, L. (2009). *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 11ª Edição, Artmed. Porto Alegre.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão β 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão 1*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.
- Cruz, A. *et al.* (2002). O método individual de trabalho e suas implicações. *Sinais Vitais*.
- Cunha, A. e Mota, L. (2007). *Sistemas de apoio à prática de enfermagem - Guia prático*. Lusociência. Loures.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. 5ª Edição, Lusociência. Loures.
- Garcia, T. e Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: Da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery*.
- George, J. *et al.* (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. 4ª Edição, Artmed Editora. Porto Alegre.
- Petronilho, F.(2003). S.I.E – Reformulação/Implementação, Que contributos para reflexão e melhoria das práticas. *Sinais Vitais*.
- Phipps, W. *et al.* (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. 6ª Edição. Volume II. Lusociência. Loures.
- Tomey, A. e Alligood, M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição, Lusociência. Loures.
- Urden, L. *et al.* (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª Edição, Lusodidacta. Lisboa.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, Uma teoria de enfermagem*. Lusociência. Loures.



# **ANEXOS**



## ANEXO I – Padrões Funcionais



## UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE

Camã: 01

Internado em: 04 Abril 2010 22:35

Saída em:

		Enfº	Data	Hora
<b>PADRÃO PERCEPÇÃO/CONTROLO SAÚDE</b>				
» Frequência cardíaca				
na admissão (bat./min.)	75		05/04/2010	01:39
» Características do pulso				
rítmo	rítmico		05/04/2010	01:39
amplitude	amplo		05/04/2010	01:39
» Outros dados				
descrição	Segundo a esposa encontra-se a fazer tratamento para uma inflamação da prostata		05/04/2010	02:23
» Tensão arterial				
sistólica na admissão (mmhg)	100		05/04/2010	02:23
diastólica na admissão (mmhg)	50		05/04/2010	02:23
<b>PADRÃO NUTRICIONAL/METABÓLICO</b>				
» Refeições				
nº habitual/dia	3		05/04/2010	02:24
alimentos preferidos	Bacalhau		05/04/2010	02:24
alimentos mal tolerados/não go	Pepino		05/04/2010	02:24
» Variação peso últimos 6 meses				
diminuiu (kgs)	3		05/04/2010	02:24
» Peso corporal				
valor na admissão (kgs)	89		05/04/2010	02:24
» Outros dados relevantes				
descrição	sem alterações de pele		24/04/2010	08:10
<b>PADRÃO DE ELIMINAÇÃO</b>				
» Eliminação intestinal				
outros dados	Segundo a esposa não é obstipado		05/04/2010	02:25
<b>PADRÃO DE ACTIVIDADE/EXERCÍCIO</b>				
» Frequência respiratória				
na admissão (cycl. resp./min.)	18		05/04/2010	02:25
» Características da respiração				
tipo	mista		05/04/2010	02:25
amplitude	normal		05/04/2010	02:25
simetria	simétrica		05/04/2010	02:25
<b>PADRÃO DE SONO/REPOUSO</b>				
» Sono				
nº de horas de sono habituais	6		05/04/2010	02:25
outros dados	Segundo a esposa dorme mal, acorda muitas vezes de noite		05/04/2010	02:25
<b>PADRÃO COGNITIVO/PERCEPTIVO</b>				
» Auxiliares de visão				
óculos	sim		05/04/2010	02:26
<b>PADRÃO DE PAPÉIS/RELAÇÕES</b>				
» Pessoa significativa				
parentesco	Esposa		05/04/2010	02:27
nome	Aloisia Araújo		05/04/2010	02:27



UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE

Cama: 01

Internado em: 04 Abril 2010 22:35

Saída em:

Enfº Data Hora

**PADRÃO DE PAPÉIS/RELAÇÕES**

» Pessoa significativa

**morada** Lugar de portela de Cima . Portelas das Cabras. Vila Verde 05/04/2010 02:27

**nº telefone/telemóvel** 927057904 05/04/2010 02:28

**PADRÃO SEXUALIDADE/REPRODUÇÃO**

» Filhos

**número** 2 05/04/2010 02:28

**PADRÃO TOLERÂN./CONTROLO STRES**

» Dados significativos

**descrição** Segundo a esposa é muito ansioso 05/04/2010 02:29

**PADRÃO DE VALORES/CRENÇAS**

» Dimensão religiosa

**crença religiosa** sim 05/04/2010 02:29

**religião** católica 05/04/2010 02:29

**ENTREVISTA**

» ENTREVISTA

**Realizada com:** pessoa significativa 05/04/2010 02:29



## ANEXO II – Diagnósticos de Enfermagem



ESCALA BRAGA, HOSPITAL BRAGA  
UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE

Processo Geral

Emitido em: 18 Maio 2010

Cama: 01

Entrada às: 22:35 em 04 Abril 2010

Início		Diagnóstico de Enfermagem	Termo		
Data/Hora	Enf°		Data	Hora	Enf°
2010/04/05 01:36	3568	<b>Aspiração</b>			
		<b>Especificações</b>			
2010/04/05 01:36		<i>risco de aspiração</i>			
2010/04/05 01:36		<b>Membrana Mucosa</b>			
		<b>Alteração</b>			
2010/04/05 01:36		<i>risco de alteração membrana mucosa oral</i>			
2010/04/12 14:45		<i>membrana mucosa oral alterada</i>			
2010/05/18 20:48		<i>risco de alteração de membrana mucosa oral</i>			
2010/04/05 01:36		<b>Úlcera de Pressão</b>			
		<b>Especificações</b>			
2010/04/05 01:36		<i>úlceras de pressão alto risco de úlcera de pressão</i>			
2010/04/05 01:37		<b>Auto Cuidado: Higiene</b>			
		<b>Dependência</b>			
2010/04/05 01:37		<i>dependência no auto cuidado: higiene, em grau elevado</i>			
2010/04/05 01:37		<b>Posicionar-se</b>			
		<b>Dependência</b>			
2010/04/05 01:37		<i>posicionar-se dependente, em grau elevado</i>			
2010/04/05 01:37		<b>Auto Cuidado: Uso do Sanitário</b>			
		<b>Dependência</b>			
2010/04/05 01:38		<i>dependência no auto cuidado: uso do sanitário, em grau elevado</i>			
2010/04/05 01:38		<b>Úlcera</b>	2010/05/18 21:14		3206
		<b>Especificações</b>			
2010/04/05 01:38		<i>risco de úlcera córnea</i>			
2010/04/05 01:39		<b>Pé Equino</b>			
		<b>Especificações</b>			
2010/04/05 01:39		<i>risco de pé equino</i>			
2010/04/05 14:15		<b>Expectorar</b>			
		<b>Ineficácia</b>			
2010/04/05 14:17		<i>expectorar ineficaz, em grau elevado</i>			
2010/04/09 19:31		<b>Impactação</b>	2010/04/12 01:45		3811
		<b>Especificações</b>			
2010/04/09 19:32		<i>impactação</i>			
2010/04/09 19:32		<i>impactação presente</i>			
2010/04/24 08:08		<b>Ferida Cirúrgica</b>	2010/04/29 20:17		3568
		<b>Especificações</b>			
2010/04/24 08:08		<i>ferida cirúrgica linha media abdominal abdominal</i>			



# ANEXO III – Intervenções de Enfermagem



ESCALA BRAGA, HOSPITAL BRAGA  
UCIP-UNID.CUIDAD.INTENSIVOS POLIVALENTE

Emitido em: 18 Maio 2010

Processo Geral

Camã: 01

Entrada às: 22:35 em 04 Abril 2010

Início		Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo	
Data / Hora	Enfº			Data / Hora	Enfº
2010/04/05	02:31	Dar banho na cama	T:Manhã		
2010/04/05	02:31	Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica	S/ Horário	2010/04/07	02:36 3660
2010/04/05	02:32	Executar higiene oral	S/ Horário		
2010/04/05	02:32	Executar tratamento ao local de inserção do catéter arterial	S.O.S.		
2010/04/05	02:32	Executar tratamento ao local de inserção do catéter venoso central	S.O.S.	2010/05/17	13:56 3977
2010/04/05	02:32	Executar tratamento ao local de inserção do catéter venoso periférico	S.O.S.		
2010/04/05	02:33	Lavar a boca	S/ Horário	2010/04/11	19:46 4141
2010/04/05	02:33	Lavar os olhos com solução salina	S/ Horário		
2010/04/05	02:34	Posicionar o doente (procedimento)	3/3 horas		
2010/04/05	02:35	Trocar cachimbo	T:Manhã	2010/05/07	14:38 3021
2010/04/05	02:35	Trocar filtro	T:Manhã		
2010/04/05	02:35	Trocar perfusões	3/3 dias	2010/04/05	02:39 2445
2010/04/05	02:35	Trocar sensor CO2	3/3 dias	2010/04/05	02:41 2445
2010/04/05	02:35	Trocar transdutor arterial	4/4 dias	2010/04/09	14:40 3977
2010/04/05	02:35	Trocar catéter urinário	7/7 dias	2010/04/23	08:48 4082
2010/04/05	02:35	Trocar catéter venoso periférico	S.O.S.	2010/05/07	14:17 3021
2010/04/05	02:35	Trocar sonda oro gástrica	7/7 dias	2010/04/25	14:26 3977
2010/04/05	02:35	Trocar traqueias do ventilador	7/7 dias	2010/04/22	15:26 4082
2010/04/05	02:39	Trocar perfusões	S.O.S.	2010/04/05	02:39 2445
2010/04/05	02:39	Trocar perfusões	3/3 dias	2010/04/08	15:01 4823
2010/04/05	02:41	Trocar sensor CO2	S.O.S.	2010/04/05	02:41 2445
2010/04/05	02:41	Trocar sensor CO2	4/4 dias	2010/04/05	02:41 2445
2010/04/05	02:41	Trocar sensor CO2	S.O.S.	2010/04/05	02:41 2445
2010/04/05	02:41	Trocar sensor CO2	3/3 dias	2010/04/08	15:02 4823
2010/04/05	14:18	Executar técnica de exercício muscular passiva	S.O.S.		
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/04/09 11:00 3660 Não	Just.: Justificação: Doente sem condições para técnicas de reabilitação		
		2010/04/19 12:00 3471 Não	Just.: Justificação: sem indicação medica		
2010/04/05	14:18	Executar cinesiterapia respiratória	S.O.S.		
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/04/09 11:00 3660 Não	Just.: Justificação: Doente sem condições para técnicas de reabilitação		
		2010/04/19 12:00 3471 Não	Just.: Justificação: sem indicação medica		
2010/04/05	14:18	Aspirar secreções pelo tubo traqueal	S/ Horário	2010/05/14	20:21 3206
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/04/18 Noite 3284 Não	Just.: Justificação: sem necessidade por PEEP 14 e não evidenciar presença de secreções bronquicas há auscultação		
2010/04/05	14:18	Aspirar secreções da cavidade oral	S/ Horário		
2010/04/08	15:01	Trocar perfusões	3/3 dias	2010/04/13	21:42 4082
2010/04/08	15:02	Trocar sensor CO2	3/3 dias	2010/04/25	14:28 3977
2010/04/09	14:40	Trocar transdutor arterial	S.O.S.	2010/04/09	14:40 3977
2010/04/09	14:40	Trocar transdutor arterial	4/4 dias	2010/04/16	15:33 4472
2010/04/09	14:43	Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica	S/ Horário	2010/04/09	19:35 3568
2010/04/09	19:35	Alimentar pessoa através de sonda orogástrica	S/ Horário	2010/05/14	20:27 3206
2010/04/09	19:40	Remover fezes impactadas no recto	S.O.S.	2010/05/07	14:17 3021
2010/04/13	21:42	Trocar perfusões	S.O.S.	2010/04/13	21:42 4082
2010/04/13	21:42	Trocar perfusões	3/3 dias	2010/04/14	14:17 3054
2010/04/14	14:18	Trocar perfusões	3/3 dias	2010/04/16	15:33 4472



Início		Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo	
Data / Hora	Enfº			Data / Hora	Enfº
2010/04/16 15:33		Trocar transdutor arterial	S.O.S.	2010/04/16 15:33	4472
2010/04/16 15:33		Trocar transdutor arterial	4/4 dias	2010/05/07 14:12	3021
2010/04/16 15:33		Trocar perfusões	S.O.S.	2010/04/16 15:33	4472
2010/04/16 15:33		Trocar perfusões	3/3 dias	2010/05/03 21:34	2445
2010/04/22 15:26		Trocar traqueias do ventilador	S.O.S.	2010/04/22 15:26	4082
2010/04/22 15:26		Trocar traqueias do ventilador	7/7 dias	2010/05/06 17:06	3054
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/05/06 11:00 3054 Não	Just.: <u>Justificação: Substitui amanhã</u>		
2010/04/23 08:48		Trocar catéter urinário	S.O.S.	2010/04/23 08:48	4082
2010/04/23 08:48		Trocar catéter urinário	7/7 dias	2010/05/06 17:07	3054
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/05/06 11:00 3054 Não	Just.: <u>Justificação: Substitui amanhã</u>		
2010/04/25 14:26		Trocar sonda oro gástrica	S.O.S.	2010/04/25 14:26	3977
2010/04/25 14:26		Trocar sonda oro gástrica	7/7 dias	2010/05/08 20:18	4302
2010/04/25 14:28		Trocar sensor CO2	S.O.S.	2010/04/25 14:28	3977
2010/04/25 14:28		Trocar sensor CO2	3/3 dias	2010/05/05 14:28	3568
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/05/05 10:00 3568 Não	Just.: <u>Justificação: .</u>		
2010/05/01 13:36		Massajar partes do corpo	S.O.S.		
2010/05/03 21:34		Trocar perfusões	S.O.S.	2010/05/03 21:34	2445
2010/05/03 21:34		Trocar perfusões	3/3 dias		
2010/05/05 14:28		Trocar sensor CO2	S.O.S.	2010/05/05 14:28	3568
2010/05/05 14:28		Trocar sensor CO2	3/3 dias		
2010/05/06 17:07		Trocar traqueias do ventilador	7/7 dias	2010/05/07 14:18	3021
2010/05/06 17:07		Trocar catéter urinário	7/7 dias		
2010/05/07 14:12		Trocar transdutor arterial	S.O.S.	2010/05/07 14:12	3021
2010/05/07 14:12		Trocar transdutor arterial	4/4 dias		
2010/05/07 14:18		Trocar traqueias do ventilador	S.O.S.	2010/05/07 14:18	3021
2010/05/07 14:18		Trocar traqueias do ventilador	7/7 dias		
2010/05/08 20:18		Trocar sonda oro gástrica	7/7 dias	2010/05/09 14:13	3977
2010/05/09 14:13		Trocar sonda oro gástrica	S.O.S.	2010/05/09 14:13	3977
2010/05/09 14:13		Trocar sonda oro gástrica	30/30 dias	2010/05/14 08:57	2920
2010/05/10 16:05		Executar técnica de tosse assistida mecânica	S.O.S.		
2010/05/14 08:57		Trocar sonda oro gástrica	S.O.S.	2010/05/14 08:57	2920
2010/05/14 08:57		Trocar sonda oro gástrica	30/30 dias	2010/05/14 20:27	3206
2010/05/14 20:22		Aspirar secreções pela traqueostomia (procedimento)	S/ Horário		
2010/05/14 20:23		Trocar cânula traqueal externa	11/11 dias		
2010/05/14 20:23		Trocar cânula traqueal interna	S.O.S.	2010/05/14 20:24	3206
2010/05/14 20:27		Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica	S/ Horário		
2010/05/17 14:12		Trocar catéter venoso periférico	S.O.S.		
<b>Gerir</b>					
2010/04/05 02:31		Aplicar lágrimas artificiais	S/ Horário	2010/05/18 21:15	3206
2010/04/05 02:33		Manter medidas de prevenção de contaminação	S/ Horário		
2010/04/05 02:33		Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento	S/ Horário		
2010/04/05 02:33		Optimizar catéter arterial	S/ Horário		
2010/04/05 02:33		Optimizar catéter central	S/ Horário	2010/05/17 13:57	3977
2010/04/05 02:33		Optimizar catéter urinário / algália segundo PRO.438.HSM.348	S/ Horário		
2010/04/05 02:33		Optimizar catéter venoso periférico	S/ Horário		



Início		Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo	
Data / Hora	Enfº			Data / Hora	Enfº
2010/04/05	02:33	Optimizar catéter venoso periférico	S/ Horário		
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/05/14 Tarde 3206 Não			Just.: <u>Justificação: Encontra-se obturado, sem perfusões.</u>
		2010/05/16 Manhã 3206 Não			Just.: <u>Justificação: retirado não se encontrar funcionante</u>
2010/04/05	02:33	Optimizar "cuff" do tubo traqueal	S/ Horário	2010/05/14 20:26	3206
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/05/14 Tarde 3206 Não			Just.: <u>Justificação: Tem traqueostomia percutanea.</u>
2010/04/05	02:34	Optimizar sonda oro gástrica	S/ Horário	2010/05/15 20:28	3206
2010/04/05	02:34	Optimizar tubo traqueal	S/ Horário	2010/05/14 20:26	3206
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/05/14 Tarde 3206 Não			Just.: <u>Justificação: Tem traqueostomia percutânea.</u>
2010/05/07	14:37	Aplicar creme hidratante	S/ Horário		
2010/05/07	14:37	<i>Especif.: bephantene na região sacro</i>			
2010/05/14	20:23	Optimizar sonda nasogástrica	S/ Horário		
2010/05/14	20:23	Optimizar traqueostomia	S/ Horário		
<b>Observar</b>					
2010/04/05	02:33	Monitorizar a dor através da Escala de BPS (Behavioral Pain Scale)	S/ Horário		
2010/04/05	02:33	Monitorizar úlcera de pressão através de Escala de Braden	7/7 dias	2010/04/19 01:49	3284
2010/04/05	02:35	Vigiar drenagem gástrica	S/ Horário	2010/04/09 14:43	3977
2010/04/05	02:35	Vigiar a eliminação intestinal	S/ Horário	2010/04/05 02:43	2445
2010/04/05	02:35	Vigiar a eliminação urinária	S.O.S.	2010/05/11 02:42	3568
2010/04/05	02:35	Vigiar a pele	S/ Horário		
2010/04/05	02:35	Vigiar a pele no local de inserção do catéter arterial	S.O.S.		
2010/04/05	02:35	Vigiar cavidade oral	S/ Horário		
2010/04/05	02:36	Vigiar sinais de úlcera de pressão	S/ Horário		
2010/04/05	02:43	Vigiar a eliminação intestinal	S.O.S.	2010/05/04 22:35	3568
2010/04/05	14:18	Vigiar a expectoração	S/ Horário		
		Data / Hora Enfermeiro Impl.			
		2010/04/23 Noite 3021 Não			Just.: <u>Justificação: não foi aspirado</u>
2010/04/09	14:46	Vigiar conteúdo gástrico	S/ Horário		
2010/04/19	01:49	Monitorizar úlcera de pressão através de Escala de Braden	S.O.S.	2010/04/19 01:49	3284
2010/04/19	01:49	Monitorizar úlcera de pressão através de Escala de Braden	7/7 dias		
2010/04/26	14:00	Vigiar pele no local de inserção do cateter venoso central	S.O.S.	2010/05/17 13:58	3977
2010/05/04	22:35	Vigiar a eliminação intestinal	S/ Horário		
2010/05/11	02:42	Vigiar a eliminação urinária	S/ Horário		
2010/05/17	14:13	Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter	S.O.S.		







## ANEXO VII – Escala de Morse



1. Antecedentes de Queda	Não	0
	Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	Não	0
	Sim	15
3. Apoio para Deambulação	Nenhum	0
	Apoiado	
	Acamado	15
	Canadianas	
	Bengala Andarilho	
Apoia-se na mobília	30	
4. Medicação e/ou Heparina intravenosa	Não	0
	Sim	20
5. Marcha	Normal	0
	Acamado	
	Cadeira de rodas	10
	Desequilíbrio fácil	
	Défice de marcha	
6. Estado Mental	Consciente das suas limitações	0
	Não consciente das suas limitações	15

NÍVEL DO RISCO	SCORE	INTERVENÇÕES
Baixo Risco	0 - 24	Supervisionar as actividades do doente; Gerir ambiente físico; Vigiar acção do doente; Baixar cama/maca.
Médio Risco	25 - 50	Supervisionar as actividades do doente; Gerir ambiente físico; Vigiar acção do doente; Baixar cama/maca; <b>Manter grades da cama/maca;</b> <b>Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas;</b> <b>Colocar pulseira Cinzenta.</b>
Alto Risco	≥ 51	Supervisionar as actividades do doente; Gerir ambiente físico; Vigiar acção do doente; Baixar cama/maca; Manter grades da cama/maca; <b>Aplicar medidas de contenção física;</b> <b>Avaliar risco de queda uma vez turno;</b> <b>Colocar pulseira Preta.</b>

