



CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

AVALIAÇÃO DA DOR NO IDOSO COM DEMÊNCIA  
ASSESSMENT OF PAIN IN THE ELDERLY WITH DEMENTIA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Clara Meyer Cantinho Pereira

Lisboa, março de 2018





CATÓLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

# AVALIAÇÃO DA DOR NO IDOSO COM DEMÊNCIA ASSESSMENT OF PAIN IN THE ELDERLY WITH DEMENTIA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Clara Meyer Cantinho Pereira

Sob a orientação do Prof. Doutor Sérgio Deodato

Lisboa, março de 2018



## RESUMO

O presente relatório descreve o percurso realizado ao longo do estágio e reflete sobre o processo de evolução profissional e acadêmico, e sobre o desenvolvimento de competências e de conhecimentos inerentes ao enfermeiro especialista, de acordo com o preconizado pelo Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A prestação de cuidados de enfermagem especializada na pessoa em situação crítica e sua família exige a capacidade de prevenir, antecipar e responder a situações de saúde altamente complexas, através de competências éticas, deontológicas, técnicas, científicas e relacionais baseadas na evidência científica. Cada vez mais, somos confrontados com dilemas e desafios na prática clínica que merecem a nossa reflexão crítica e capacidade de resolução, de forma criativa e inovadora. Devemos ser audazes na forma como pensamos. Para isso, temos que conhecer, compreender e acompanhar a nossa sociedade e quem a constitui.

Na nossa sociedade, a população idosa constitui um grupo de particular vulnerabilidade, especialmente quando desenvolve demência. Com o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população, surgem novos desafios, nomeadamente a avaliação da dor no idoso com demência. Assim, através da realização da Revisão Sistemática da Literatura – *Scoping Review*, pretendemos mapear evidência científica sobre os fatores que dificultam a avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada institucionalizada. Deste modo contribuímos para o nosso desenvolvimento de competências na abordagem da dor no idoso com demência, através de uma prática de enfermagem crítico-reflexiva baseada na evidência científica.

**Palavras-Chave:** Avaliação da Dor; Demência; Idoso.



## ABSTRACT

This report describes the route held during the internship and reflects on the process of professional and academic development and, on the development of skills inherent to the nurse specialist, according to the established by the Master's degree in nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing, Nursing School of Lisbon, the Institute of Health Sciences at Universidade Católica Portuguesa

The provision of specialized nursing care in the person in critical condition and his/her family requires the ability to prevent, anticipate and respond to highly complex health situations, through ethical, professional ethics, technical, scientific and relational, competences based on scientific evidence. Increasingly, we are faced with dilemmas and challenges in clinical practice that deserve our critical reflection and the ability to solve problems in a creative and innovative way. We must be bold in the way we think. For that, we need to know, understand and follow our society and the people that constitute it

In our society, the elderly population is a group of particular vulnerability, especially when they develop dementia. With the increase in life expectancy and the aging of the population, there are new challenges, in particular the evaluation of pain in the elderly with advanced dementia. Thus, through a Systematic review – *Scoping Review*, we intend to map the existing literature about the complex factors that difficultate the evaluation of pain in elderly people with advanced dementia institutionalized. In this way, we aim to contribute to our development on our skills when we assess and manage pain in the Elderly with dementia, through a practice of nursing based in critical thinking and scientific evidence.

**Keywords:** Pain Assessment; Dementia; Elderly.



*...o essencial é invisível aos olhos.*

Antoine de Saint-Exupéry *in* O Príncipezinho



## **AGRADECIMENTOS**

E assim termina um longo percurso repleto de momentos de esperança e vulnerabilidade, de alegria e fragilidade, de desafios e conquistas, mas sobretudo de partilha e de desenvolvimento. Cruzei-me com diferentes realidades que me permitiram compreender melhor o Outro. Conheci pessoas empenhadas e dedicadas, com percursos brilhantes e exemplares, que diariamente lutam pela excelência da nossa enfermagem. A todos os que de alguma forma partilharam algo comigo nesta caminhada: um sincero Obrigada!

Ao Professor Doutor Sérgio Deodato, pela partilha de conhecimento, pelo rigor e exigência, pelo sentido justo e pela honestidade. Foi um privilégio.

Aos Enfermeiros Especialistas e Mestres que me orientaram ao longo dos módulos, pela forma como me acolheram nos seus serviços, pela partilha de conhecimentos e experiências e pelo apoio disponibilizado. São um exemplo para mim.

Ao meu pai, Pedro, por mostrar-me todos os dias que é através do esforço, dedicação e persistência que atingimos os nossos objetivos. Obrigada por acreditares em mim.

À minha mãe, Christina, pelo apoio incondicional e pelas palavras de conforto.

Ao Luís, pelo seu amor, carinho e companheirismo ao longo deste percurso.



## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas;

APA – *American Psychological Association*;

BiPAP – *Bilevel Positive Airway Pressure*;

BIS – *Bispectral Index*;

BPS – *Behavioral Pain Scale*;

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro;

CPAP – *Continuous Positive Airway Pressure*;

DGS – Direção-Geral da Saúde;

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica;

DS-DAT - *Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer Type*;

EAN – Escala de Avaliação Numérica;

EAP – Edema Agudo do Pulmão;

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*;

EPAP – *Expiratory Positive Airway Pressure*;

EPI – Equipamento de Proteção Individual;

EVA – Escala Visual Analógica;

FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*;

HTA – Hipertensão Arterial;

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;

IPAP – *Inspiratory Positive Airway Pressure*

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica;

PCR – Paragem Cardiorrespiratória;

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*;

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

SO – Sala de Observação;

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica;

TAC – Tomografia Computorizada;

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico;

TOT – Tubo Orotraquel;

UCIMC – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica;

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos;

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva;

VNI – Ventilação Mecânica Não-Invasiva.

## ÍNDICE

|                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introdução.....                                                                                                                     | 21 |
| 1. Fatores dificultadores na avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada<br>institucionaliza: Revisão da Literatura..... | 25 |
| 2. Descrição e Análise Crítica do Desenvolvimento de Competências.....                                                              | 33 |
| 2.1 - Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos.....                                                             | 34 |
| 2.2 - Módulo I – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....                                                                          | 46 |
| 2.3 - Módulo III – Bloco Operatório.....                                                                                            | 58 |
| Conclusão.....                                                                                                                      | 73 |
| Referências Bibliográficas.....                                                                                                     | 75 |
| Apêndices                                                                                                                           |    |



## **ÍNDICE DE ESQUEMAS**

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Esquema I</b> – Percurso Metodológico: Critérios de Seleção..... | 29 |
|---------------------------------------------------------------------|----|

## **ÍNDICE DE QUADROS**

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| <b>Quadro I</b> – Estudos selecionados..... | 31 |
|---------------------------------------------|----|



## **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Instrumentos de avaliação da dor no idoso institucionalizado com demência severa: *a scoping review protocol*

**Apêndice II** – Plano de Sessão de Formação em Serviço

**Apêndice III** – “Cartaz” de Divulgação da Sessão de Formação em Serviço

**Apêndice IV** – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço

**Apêndice V** – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço

**Apêndice VI** – Análise dos Questionários da Avaliação da Sessão de Formação em Serviço



## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivo retratar, através de uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, o percurso realizado ao longo do estágio e as diversas competências desenvolvidas de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e do Regulamento<sup>1</sup> das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa<sup>2</sup> em Situação Crítica<sup>3</sup>.

O estágio, repartido em três módulos, realizou-se em unidades e serviços de saúde que reúnem as condições necessárias para o desenvolvimento do processo de aprendizagem clínica especializada. Cada módulo foi orientado por enfermeiros especialistas e mestres com experiência profissional na sua área de especialização e sob orientação pedagógica do Professor Doutor Sérgio Deodato. Na sua totalidade, a componente prática correspondeu a 540 horas, tendo sido realizada de acordo com a seguinte ordem:

- Módulo II – Foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica (UCIMC) entre o dia 13 de fevereiro e o dia 18 de abril de 2017, tendo correspondido a 180 horas.
- Módulo I – Foi realizado no Serviço de Urgência (Médico-Cirúrgica) entre o dia 24 de abril e o dia 24 de junho de 2017, tendo correspondido a 180 horas.
- Módulo III (estágio de opção) – Foi realizado no Bloco Operatório entre o dia 2 de outubro e o dia 30 de novembro, tendo correspondido a 180 horas.

No início de cada módulo, foi realizado um Projeto de Estágio que demonstrou ter sido extremamente útil, na medida em que permitiu a contextualização e sistematização de conhecimentos específicos da enfermagem especializada de acordo com cada contexto e,

---

<sup>1</sup> O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foi aprovado em reunião da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de setembro de 2010, e aprovado em unanimidade em Assembleia Geral Extraordinária, em novembro de 2010 (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

<sup>2</sup> Ao longo do relatório, conceptualizamos que a nomenclatura *doente e Pessoa* referem-se aos indivíduos a quem e com quem cuidamos sob uma perspetiva holística, ao longo do seu ciclo vital, os quais integram e interagem com a sua família, grupo ou comunidade.

<sup>3</sup> *Pessoa em Situação Crítica* – “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” in Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

também, na definição de objetivos e no planeamento das atividades para os atingir. O objetivo geral e os objetivos específicos foram elaboradas de acordo com as competências a desenvolver, segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, e consoante o tema transversal aos módulos. Esse projeto de estágio foi previamente discutido com o enfermeiro e professor orientador e, posteriormente, apresentado aos colegas mestrando e equipa docente.

Numa fase final, foi realizada uma análise crítica, descritiva e reflexiva sobre o caminho percorrido, as dificuldades sentidas e as estratégias de superação adotadas, as experiências e vivências da prática clínica, bem como as competências éticas, deontológicas, técnicas, científicas e relacionais desenvolvidas e articuladas ao longo da prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica e sua família, baseada na evidência científica, de acordo com as especificidades de cada local de estágio e valorizando a excelência e a segurança dos cuidados.

O Módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos (UCIMC), onde foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de avançados meios de vigilância, monitorização e terapêutica. Pretendeu-se desenvolver competências direcionadas à prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva e sua família, bem como a abordagem da dor num momento de ameaça, eminência ou presença de falência de uma ou mais funções vitais.

O Módulo I permitiu o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa e sua família, em contexto de urgência e/ou emergência, nomeadamente na área de triagem, em situação de trauma e/ou falência multiorgânica em sala de emergência. Como objetivo específico pretendeu-se desenvolver competências direcionadas à pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica não invasiva e sua família. Deste modo, foi realizada uma revisão da literatura e disponibilizado ao serviço um portfólio com artigos científicos pertinentes para a prática clínica baseada na evidência científica e de acordo com diretrizes de atuação.

O Módulo III (estágio de opção) foi realizado no Bloco Operatório, onde foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, durante o período perioperatório. Foi realizada uma

revisão da literatura de modo a identificar e compreender as diferentes escalas de avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada. A escala de avaliação da dor *Pain Assessment in Advancend Dementia* (PAINAD), validada para a população portuguesa em 2012 – PAINAD-PT, foi apresentada em sessão de formação a anestesiológicos e enfermeiros que integram a equipa multidisciplinar. A sessão de formação teve como objetivo sensibilizar a equipa para os desafios da avaliação da dor no idoso com demência bem como dar a conhecer a escala de avaliação da dor PAINAD, de modo a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados.

O relatório encontra-se estruturado em capítulos. O primeiro capítulo corresponde à revisão sistemática da literatura com um tema que embora seja transversal a todos os módulos, tenha sido desenvolvido enquanto objetivo específico no módulo III (estágio opcional) no Bloco Operatório. Através da Revisão da Literatura – *Scoping Review*, pretendemos mapear evidência científica sobre os fatores que dificultam a avaliação da dor no idoso institucionalizado com demência avançada. Deste modo, promovemos a melhoria contínua dos nossos cuidados de enfermagem através da prática baseada na evidência científica. O segundo capítulo comporta a análise descritiva, sistemática e reflexiva sobre cada um dos módulos realizados, considerando pertinente abordar cada um separadamente, respeitando as suas especificidades e a realidade de cada contexto. Optou-se por abordar os módulos de acordo com a ordem cronológica, pois permite ao leitor compreender a evolução, as dificuldades e as estratégias de superação das diferentes fases de desenvolvimento de competências. Existe, a nosso ver, uma evolução contínua e dinâmica ao longo do processo de aprendizagem especializada e da prática reflexivo-crítica. Em cada módulo será abordado o enquadramento conceptual que permite a contextualização e a fundamentação teórico-científico para o desenvolvimento de competências e a orientação do relatório. O terceiro capítulo refere-se à conclusão, onde será apresentada uma análise crítica e transversal do relatório. O quarto capítulo destina-se às referências bibliográficas utilizadas na fundamentação do relatório. O modelo de referências bibliográficas utilizado no relatório corresponde à Norma *American Psychological Association* (APA). Por último, são apresentados os Apêndices compostos pelos trabalhos elaborados referentes às atividades desenvolvidas ao longo dos módulos



## **1. Fatores dificultadores na avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada institucionalizada: Revisão da Literatura**

### **1.1. Enquadramento da Revisão da Literatura**

A dor é um fenómeno subjetivo e multifatorial, que interfere com a qualidade de vida da pessoa. Segundo a International Association for Study of Pain (1994), a dor consiste numa “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual atual ou potencial, ou descrita em termos dessa lesão”.

A pessoa é a melhor avaliadora da sua própria dor, pelo que o autorrelato é considerado como o *gold standard* da avaliação da dor. No entanto, existem várias barreiras ao controlo da dor que surgem ao longo do ciclo vital, em particular nos grupos mais vulneráveis (Ordem dos Enfermeiros, 2008), nomeadamente no idoso com demência severa (Carezzato, *et al.*, 2014).

A população mundial está a envelhecer (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012). Estima-se que no espaço geográfico de Portugal a população tenderá a diminuir de 10,3 para 7,5 milhões e que o número de idosos aumentará de 2,1 para 2,8 milhões até 2080 (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Consideram-se as pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superiores a 65 anos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006). Com o envelhecimento surgem alterações bioquímicas, psicológicas e funcionais, que determinam carências progressivas na adaptação da pessoa ao meio ambiente (Filho & Netto, 2000). Trata-se de um processo natural e inevitável que faz parte do ciclo da vida, e que acarreta “défices e perdas ao nível cognitivo e comportamental” (Nunes, 2009, p. 19). Existem diversas teorias que procuram explicar o fenómeno do envelhecimento, concordando todas que é um fenómeno universal e intrínseco ao organismo. Com o envelhecimento aumentam as doenças crónicas, os distúrbios comportamentais, os traumatismos como consequências de acidentes e “instala-se na pessoa uma progressiva perda de raciocínio abstrato e da comunicação verbal” (Batalha, *et al.*, 2018, p.8).

Em 2010, em termos mundiais, havia cerca de 35.6 milhões de pessoas a viver com demência. Estima-se que este número duplique a cada 20 anos, ou seja, em 2030 prevê-se a

existência de cerca de 65.7 milhões de pessoas com demência (OMS, 2012). A demência caracteriza-se como doença neurodegenerativa, crônica e progressiva, que provoca deficiência cognitiva severa, perda de linguagem e incapacidade de realizar as suas atividades de vida diárias (Herr, *et al.*, 2006; Corbett, *et al.*, 2014; Chatelle, *et al.*, 2008). A demência manifesta-se de forma singular em cada pessoa, e está dividida em três fases: inicial, moderada e avançada (OMS, 2012). Na demência avançada a pessoa torna-se totalmente dependente nas atividades de vida diárias. Frequentemente, apresenta confusão no tempo e no espaço; incapacidade de compreender o ambiente que a rodeia; inabilidade em reconhecer familiares e amigos; e apresenta um declínio acentuado na capacidade funcional, ficando a sua vida confinada a uma cadeira-de-rodas ou cama. As alterações comportamentais são evidentes e podem incluir a agressão e agitação psicomotora (OMS, 2012).

As alterações causadas pela demência progridem gradualmente. No decurso da doença, cerca de 90% dos idosos apresentam sintomas psicológicos e comportamentais como agitação, agressão e psicose; assim como depressão e apatia, porventura sinalizando dor (Corbett, *et al.*, 2014). As causas dos sintomas anteriormente descritos são frequentemente complexas, multifatoriais; associadas com fatores genéticos, alterações neurodegenerativa e, também quando não existe resposta às suas necessidades, nomeadamente quando a dor é sub-reconhecida e sub-tratada (Sampson, *et al.*, 2015).

As principais causas físicas de dor no idoso, com e sem demência, são doenças do sistema musculoesquelético, traumatismos decorrentes de quedas, assim como a nível de patologias respiratórias, do trato urinário e, também, de úlceras de pressão, quando confinados ao leito (Corbett, *et al.*, 2014). A persistência da dor provoca graves consequências como a depressão, o declínio funcional e cognitivo, distúrbios no sono, isolamento social e o aumento dos custos e utilização dos serviços de saúde (Herr, *et al.*, 2006).

A dor é sub-reconhecida e sub-tratada nos idosos, nomeadamente nos idosos com demência (Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007; Sampson, *et al.*, 2015). A perceção de dor da pessoa, que é o idoso, enraíza-se na conceção pessoal, construída ao longo dos anos, e não se altera significativamente na vivência, acarretando dificuldades na expressão, quando há demência (Mosele *et al.* 2012). Ou seja, vive a dor no mesmo padrão, não conseguindo relatar de forma verbal, pois a capacidade de

comunicação está frequentemente alterada. Numa fase inicial da avaliação da dor, o profissional de saúde deverá questionar a existência de dor, no entanto, “devemos ter em mente que o número de queixas expressas de dor tende a diminuir com a evolução da demência” (Matos & Henriques, 2013). A ausência do autorrelato de dor no idoso com alterações cognitivas não deve ser interpretada como a inexistência de dor. Kelley *et al.* (2008), afirmam que o facto de a pessoa idosa com demência ser incapaz de reportar adequadamente que tem dor interfere com o controlo eficaz da dor. Portanto, devem ser implementadas medidas que permitam avaliar adequadamente a dor no idoso com demência severa, nomeadamente a utilização de escalas de avaliação da dor desenvolvidas e validadas especificamente para a população idosa com demência avançada (Carezzato *et al.* 2014). Devem ser incorporadas na prática clínica as escalas não-verbais para avaliação da dor no idoso com demência severa incapaz de comunicar (Matos & Henriques, 2013).

A OMS (2015, p. 6) afirma que “mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam vidas dignas”. A dor tem um impacto profundo na qualidade de vida do idoso com demência (Herr, *et al.*, 2006; Kim, Park & Han, 2017). Assim, o desenvolvimento de boas práticas e o compromisso na abordagem e controlo eficaz da dor é fundamental para a promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Ribeiro & Cardoso, 2007; Royal College of Physicians, 2007; OE, 2008). A melhoria da avaliação e controlo da dor deverá, portanto, ser uma prioridade para os profissionais de saúde (McAuliffe, Brown & Fetherstonhaugh, 2012).

## **1.2.Objetivo da Revisão da Literatura**

A avaliação da dor na pessoa idosa com demência é um desafio (Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007). Assim, o nosso objetivo centra-se no mapeamento de evidência científica sobre quais os fatores intervenientes, neste caso, dificultadores, para o processo de avaliação da dor no idoso institucionalizado com demência avançada. Deste modo, colocamos como questão de investigação: quais são os fatores dificultadores na avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada institucionalizada.

### 1.3. Metodologia da Revisão da Literatura

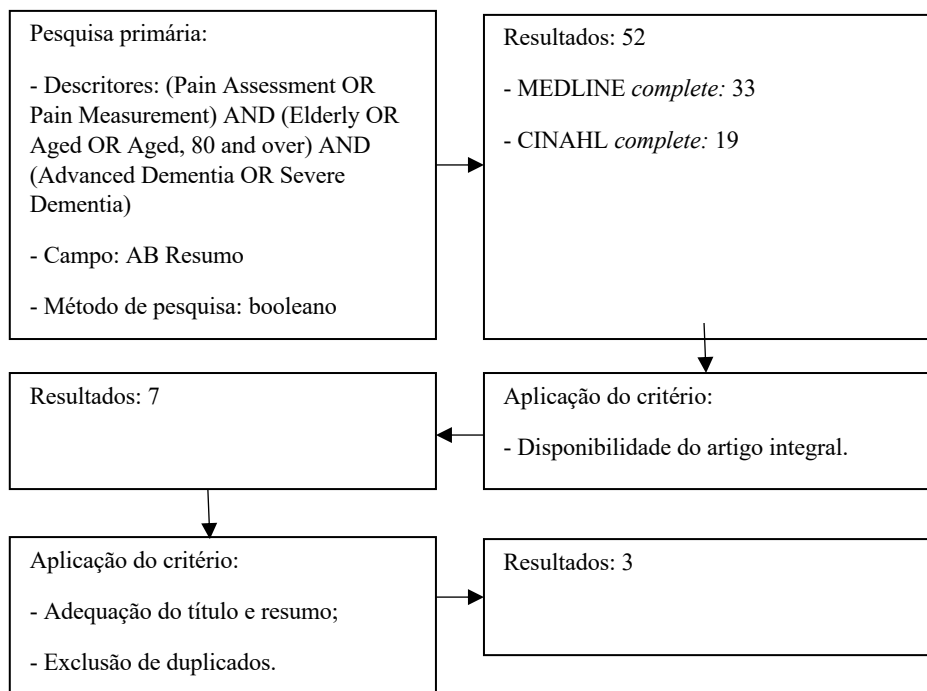
A metodologia da presente Revisão da Literatura é de acordo com a *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. A questão que orientou a revisão da literatura foi: “Quais são os fatores dificultantes na avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada institucionalizada”. Aplicando a mnemónica PCC, os critérios de inclusão são:

- População: idosos (sexo masculino e feminino, com idade  $\geq 65$  anos de idade) com demência avançada;
- Conceito: avaliação da dor (todos os tipos de dor);
- Contexto: idosos com demência severa, institucionalizados, em contexto de lar ou internamento hospitalar.

Numa fase inicial foi realizada uma pesquisa limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL através da plataforma EBSCO, com o objetivo de identificar os artigos existentes sobre o tema; seguido duma análise dos termos utilizadas no título e resumo; e identificação dos descritores indexados utilizados para descrever os artigos. Com a pesquisa inicial foi possível determinar a linha orientadora para a *scoping review*, nomeadamente as palavras-chave e os termos indexados que serão utilizados. As palavras-chave e termos indexados no MeSH são: Pain Assessment; Pain Measurement; Aged; Aged, 80 and over; Elderly; Advanced Dementia; Severe Dementia.

A pesquisa foi limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL através da plataforma EBSCO.

Serão incluídos artigos escritos em inglês, castelhano e português, sem limitação de ano de publicação. Os estudos encontrados serão analisados quanto à sua relevância para a revisão, baseado na informação disponível no texto e resumo. Apenas serão incluídos os estudos que estejam disponíveis em texto integral.



Esquema 1 – Percurso Metodológico: Critérios de Seleção

## 1.4.Resultados

A demência causa complexas barreiras aquando a avaliação da dor (Zwakhalen, *et al*, 2006). Ou seja, a dor é frequentemente subvalorizada e subtratada no idoso com demência avançada (Pieper, *et al.*, 2011). A perda de memória, as alterações na personalidade, o declínio da capacidade cognitiva e da linguagem afetam a habilidade da pessoa comunicar a dor que experiencia dificultando a sua identificação (Zwakhalen, *et al*, 2006; Mosele, *et al*, 2012).

Os principais indicadores sugestivos da presença de dor no idoso com demência avançada estão relacionados com o comportamento, como a vocalização; a respiração ruidosa; a expressão facial; a postura corporal; a agressividade e a resistência aos cuidados. No entanto, a própria progressão da demência acarreta sintomas descritos por Pieper *et al* (2011) como neuropsiquiátricos que se estendem desde alucinações, delírios, agitação/agressão, disforia/depressão; ansiedade; apatia/indiferença; desinibição; irritabilidade/labilidade; distúrbios no sono e na alimentação. Ou seja, as alterações de comportamento próprias da progressão da demência podem também significar a presença de dor ou desconforto. No entanto, tais sintomas são frequentemente atribuídos pelos profissionais de saúde à demência ao invés de dor (Zwakhalen, *et al*, 2006).

Torna-se um fator dificultador no processo de avaliação da dor identificar qual a causa da alteração do comportamento da pessoa idosa com demência numa esfera de diversos sintomas possíveis. Ou seja, serão os comportamentos uma resposta à dor, ao desconforto ou serão sintomas da própria doença em si. São estes os desafios que os profissionais de saúde enfrentam quando a avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada.

| Título/ Autores/ Ano de publicação/ Tipo de estudo                                                                                                                                                                                                                                            | Objetivo                                                                                                                                                                                                                             | População/ Conceito/ Contexto                                                               | Fatores dificultadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Psychometric Properties of the Pain Assessment in Advanced Dementia Scale Compared to Self Assessment of Pain in Elderly Patients.</i></p> <p>Mosele, M. <i>et al.</i> (2012)</p> <p>Tipo de estudo: prospective study</p>                                                              | <p>Analisar as propriedades psicométricas da escala PAINAD comparando com o método de autorrelato utilizando a escala numérica.</p>                                                                                                  | <p>- 600 idosos em diferentes fases da demência, residentes no Centro Geriátrico (Lar).</p> | <p>- Incapacidade do idoso com demência avançada de reportar e descrever a intensidade da dor;</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p><i>The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behavior in advanced dementia patients (STA OP!): a clustered randomized controlled trial.</i></p> <p>Pieper, M. <i>et al.</i> (2011)</p> <p>Tipo de estudo <i>Cluster randomized controlled trial</i></p> | <p>Avaliar os benefícios da implementação da versão holandesa (STA OP!) do protocolo “Serial Trial Intervention” (STI) versus a abordagem da dor sem protocolo.</p>                                                                  | <p>- 168 idosos com demência moderada e avançada, residentes em lar.</p>                    | <p>- A capacidade do idoso com demência avançada de comunicar verbalmente está frequentemente limitada, sendo por vezes, inexistente;</p> <p>- Os principais indicadores comportamentais sugestivos de dor no idoso com demência são também comportamentos neuropsiquiátricos característicos da demência;</p> <p>- A agitação no idoso com demência poderá ser sugestivo de dor no entanto, também poderá indicar desconforto.</p> |
| <p><i>Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools.</i></p> <p>Zwakhlen, S., Hamers, J., Abu-Saad, H. &amp; Berger, M. (2006)</p>                                                                                                    | <p>Identificar escalas de avaliação da dor para o idoso com demência severa;</p> <p>Avaliar os benefícios clínicos na utilização das escalas;</p> <p>Avaliar as propriedades psicométricas das escalas e os benefícios clínicos.</p> | <p>Revisão Sistemática da Literatura</p>                                                    | <p>- Os comportamentos que geralmente estão associadas à dor podem estar ausentes ou serem difíceis de interpretar;</p> <p>- O declínio no pensamento abstrato, na linguagem e perda de memória tornam a utilização de escalas verbais e visuais difíceis e pouco viáveis de utilizar.</p>                                                                                                                                          |

Quadro 1 – Estudos selecionados

## **1.5.Conclusão da Revisão da Literatura**

Os fatores que dificultam a avaliação da dor no idoso com demência avançada prendem-se essencialmente ao declínio cognitivo causado pela doença, que incapacita o idoso de comunicar a presença de dor. Numa fase avançada da demência, os comportamentos da pessoa idosa são os únicos indicadores que poderão sugerir a presença de dor. No entanto, esses indicadores são complexos e a sua causa multifatorial. Ou seja, poderão indicar a presença de dor como também poderão ser sugestivos de desconforto.

A avaliação inicial é essencial pois constitui a primeira fase para o adequado tratamento da dor na pessoa idosa com demência avançada. Os autores dos três artigos selecionados concordam que para a avaliação da dor na pessoa idosa com demência em fase inicial a moderada, poderá ser utilizada a Escala de Avaliação Numérica, a Escala Visual Analógica, a Escala de Faces e a Escala Qualitativa. No entanto, o idoso com demência avançada é frequentemente incapaz de reportar a sua dor, pelo que é recomendado a aplicação de escalas observacionais.

## **1.6.Discussão**

A presente *scoping review* não só respondeu à nossa questão de investigação como também suscitou uma nova questão de investigação: “Que instrumentos de avaliação da dor atualmente existem para avaliar a dor na pessoa idosa com demência avançada institucionalizada?”. Embora nos estudos analisados seja realizada uma abordagem a determinadas escalas de avaliação da dor, consideramos crucial proceder a um mapeamento de conhecimento científico e identificar as escalas atualmente existentes. Deste modo, elaborámos um protocolo para uma futura revisão sistemática da literatura – ver Apêndice 1. O protocolo foi elaborado segundo o Manual da Joanna Briggs Institute: “The Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews”.

## 2. Descrição e Análise Crítica do Desenvolvimento de Competências

Integramos uma sociedade cada vez mais consciente e preocupada com a saúde e com a qualidade dos cuidados. Outrora, um passado passivo, agora um presente ativo e exigente. Assumimos perante a sociedade a responsabilidade de defender a liberdade e a dignidade humana, ao longo de todo o ciclo vital e de acordo com os valores universais<sup>4</sup>. Torna-se, portanto, imperativo o desenvolvimento de competências e o aperfeiçoamento profissional de modo a prestarmos cuidados de enfermagem com qualidade – com toda a sua singularidade e complexidade. A nossa prática não se resume a ações fragmentadas, vai muito além disso.

A enfermagem possui conhecimento próprio e surge através dos cuidados de enfermagem à Pessoa, Família e Comunidade, ao longo do todo o seu ciclo vital com a missão de manter, melhorar e recuperar a saúde<sup>5</sup>. O cuidar em enfermagem pressupõe uma intervenção que se “concretiza numa e com uma pessoa, na dupla perspetiva de que se materializa no ser humano verificando-se nele a produção de resultados” (Deodato, 2010, p. 15).

O enfermeiro é o profissional de saúde com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais à Pessoa, Família e Comunidade<sup>6</sup>. Contudo, para além das competências gerais torna-se importante a diferenciação e o aprofundamento de conhecimentos e competências nos diferentes domínios específicos de enfermagem. Ou seja, a especialização decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais<sup>7</sup>. O enfermeiro especialista deve possuir competências comuns<sup>8</sup> na dimensão da “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática de enfermagem”. Todos os componentes e saberes de enfermagem constituem um todo

---

<sup>4</sup> Deontologia Profissional inserida no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

<sup>5</sup> De acordo com o n.º 2 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro.

<sup>6</sup> Definição de enfermeiro no n.º 2 do artigo 4º do REPE aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro.

<sup>7</sup> De acordo com o Regulamento n.º 122/2011 publicado no Diário da República no dia 18 de fevereiro.

<sup>8</sup> “Competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” Artigo 3.º do Regulamento n.º 122/2011 publicado a 18 de fevereiro.

indissociável que permitem ir ao encontro e caminhar com a pessoa ao longo do seu processo de saúde e doença (Hesbeen, 2000).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica surgem como resposta às necessidades de saúde em contexto de risco imediato ou falência de uma ou mais funções vitais de modo a permitir manter as funções básicas, prevenir complicações ao prever e detetá-las precocemente com o objetivo da sua recuperação<sup>9</sup>.

Nos próximos três subcapítulos faremos uma reflexão crítica e retrospectiva sobre o percurso de Estágio, os objetivos definidos e as atividades desenvolvidas para os atingir, as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para as ultrapassar, e sobre as experiências da prática de enfermagem especializada vivenciadas nos três módulos.

Todos os momentos contribuíram para o desenvolvimento de competências estabelecidas e serão mencionadas ao longo do texto, de acordo com o “Guia de Estágio” elaborado para o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica pela Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e ainda, as competências definidas e regulamentadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

## **2.1. Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos de Médico-Cirúrgica (UCIMC)**

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) possuem a capacidade “para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves” com a missão de olhar para o outro como um todo não fragmentado<sup>10</sup>. Têm como objetivo suportar e recuperar as funções vitais, de modo a reunir as condições necessárias que permitam o tratamento da patologia subjacente da pessoa em situação crítica, procurando assegurar a sua qualidade de vida (DGS, 2003).

O módulo II decorreu na UCIMC que, conjuntamente com a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), constituem o SMI do hospital. A UCIMC foi inaugurada em 2013, sendo

---

<sup>9</sup> Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>10</sup> Rede de Referência de Medicina Intensiva, 2006.

por isso considerado um serviço recente. Possui 11 unidades de internamento distribuídas por 7 camas de nível II<sup>11</sup> e 4 camas de nível III<sup>12</sup>. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos e outros profissionais de saúde nomeadamente técnicos de diagnóstico e terapêutica, fisioterapeutas e dietistas com conhecimentos e competências aprofundadas na área diferenciada dos cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

Geralmente, os doentes admitidos na UCIMC são provenientes do Serviço de Urgência Central (SUC) ou transferidos da área cirúrgica ou médica. A UCIMC recebe ainda doentes transferidos de outros hospitais integrados num mesmo eixo de referência, assegurando o direito de qualquer pessoa em situação crítica de receber os cuidados de saúde necessários à sua situação clínica de forma equitativa, independentemente da sua localização geográfica.

Os doentes com maior número de internamentos na UCIMC têm como diagnóstico médico: sépsis, insuficiência cardiovascular por sépsis, sépsis pós-operatória, insuficiência respiratória por infeção ou pós-operatória, cirurgia do politraumatizado sem traumatismo crânio-encefálico e politraumatismo não cirúrgico.

A UCIMC é considerada como centro de referência nacional na realização da técnica *ExtraCorporeal Membrane Oxigenation* (ECMO) traduzida por membrana de oxigenação extracorporeal. É uma técnica de suporte cardiopulmonar que consiste na circulação do sangue através de um circuito fechado extracorporeal até uma membrana permutadora de gases, onde é removido o dióxido de carbono do sangue e enriquecido com oxigénio, permitindo a otimização da oxigenação dos tecidos. Esta técnica de suporte de vida extracorporeal está indicada quando se desenvolve insuficiência cardíaca e/ou pulmonar não passível de tratamento convencional<sup>13</sup>.

O primeiro contato com uma UCI foi precisamente em contexto de estágio. A apresentação do serviço foi realizada pela enfermeira-chefe e ficou marcada pela simpatia da equipa multidisciplinar num ambiente envolvente particularmente tecnológico. O horário foi rotativo entre manhãs, tardes e noites, o que nos permitiu usufruir de um maior número de experiências, tendo em conta que cada horário possui as suas particularidades.

---

<sup>11</sup> Destinadas a “doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva” (DGS, 2003, p. 8).

<sup>12</sup> Destinadas a “doente com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitam de duas ou mais formas de suporte orgânico” (DGS, 2003, p. 8).

<sup>13</sup> Manual de ECMO.

De modo a facilitar o processo de integração foi fundamental compreender a dinâmica, a missão e os valores que caracterizam a UCIMC, pelo que procedemos a uma pesquisa em material disponível no serviço como o Manual de Formação, as Normas de Procedimentos, as atividades e projetos desenvolvidos, bem como as *Bundles* implementadas. Decorreram os primeiros turnos, procedeu-se a pesquisa bibliográfica e, após reflexão em conjunto com a enfermeira especialista e mestre e o professor orientador, definimos como objetivo geral para o módulo II: *Desenvolver competências éticas, deontológicas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Cuidados Intensivos.*

Os objetivos específicos definidos foram:

1. *Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, e sua família;*
2. *Desenvolver competências de enfermagem especializada na avaliação da dor na pessoa em situação crítica, em contexto de Cuidados Intensivos.*

Consideramos que a integração na equipa multidisciplinar foi influenciada e limitada pelo curto período de tempo em que se desenrolam os módulos, contudo, o empenho e a comunicação entre equipa foram elementos-chave no desenvolvimento da capacidade de prestar cuidados *de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*<sup>14</sup>. Foi um processo gradual, mas bastante desafiante pois possibilitou a partilha de conhecimentos de experiências com os profissionais do serviço. Algo extremamente vantajoso em contexto de estágio essencialmente pela oportunidade de partilhar uma reflexão fundamentada e crítica com colegas que exercem uma prática especializada e complexa.

O primeiro contacto com a informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem ocorre na “passagem” de turno. É um momento de particular interesse, em que existe uma transmissão de saberes e uma partilha de reflexões, de identificação de necessidades, diagnósticos e intervenções de enfermagem essenciais para assegurar a continuidade e a individualização dos cuidados. Estes momentos permitiram-nos desenvolver competências na transmissão de informação relevante, de forma sucinta e objetiva bem como, ao participarmos na discussão e reflexão com os colegas, desenvolver

---

<sup>14</sup> Ponto 17 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

competências de pensamento crítico sobre a realidade da enfermagem contribuindo para uma prática crítico-reflexiva. Nomeadamente, o sentimento de impotência em relação aos dilemas éticos como é o caso da distanásia ou obstinação terapêutica. Defendemos a vida e o alívio do sofrimento, mas...será que defendemos um final de vida digno? Surgem as questões... o que é uma morte digna? E como enfermeiros, elementos ativos numa equipa multidisciplinar, será que conseguimos honrar o direito da pessoa em situação crítica e sua família a vivenciar o processo de morrer com humanidade e dignidade?

A nossa sociedade vive numa “cultura de negação e rejeição da morte” (Morgado, 2012, p. 3). Pouco refletimos sobre ela e sobre o seu significado. Em tempos, a morte era encarada como um processo natural e frequentemente ocorria no conforto do lar e na presença da família e amigos. Atualmente, como consequência do afastamento da morte do nosso pensamento e quotidiano, sentimo-nos menos preparados para a enfrentar sendo afastada e remetida para o meio hospitalar. Ora, os profissionais de saúde, inseridos no atual paradigma social e cultural, são formados para curar e tratar a doença, encarando a morte como um símbolo de fracasso profissional. Esta realidade é evidente nos cuidados intensivos, em que a junção da missão de curar e salvar a vida se une à tecnologia e aos avanços científicos (Morgado, 2012).

Deodato (2010) afirma que o problema ético de enfermagem surge quando a intervenção de enfermagem coloca em causa a proteção da pessoa e da sua dignidade, sendo os princípios éticos e os valores os principais pilares do nosso agir. A questão muitas vezes não se coloca propriamente na morte em si, mas nas condições em que o processo ocorre – revestido de procedimentos invasivos, tratamentos agressivos e o prolongamento da vida (Fortin & Bouchar, 2009; Gutierres & Ciampone, 2005).

O processo de cuidar é interpessoal e interativo (Watson, 2002). Consequentemente, gerador de experiências emotivo-vivenciais, de comportamentos e reações de cada um dos seus intervenientes o que influencia a própria experiência (Diogo, 2006; Goleman, 2006). A realização do estágio tornou-se uma oportunidade de reflexão sobre como nós, enfermeiros, podemos contribuir para um processo de morte serena, em paz, num contexto crítico. Por mais difícil que seja encararmos a morte, devemos pensar sobre ela de modo a sermos capazes de prestar cuidados de enfermagem especializada e individualizada. A nosso ver, são estes desafios com os quais lidamos diariamente, não apenas em contexto de cuidados intensivos, que tornam a enfermagem uma arte: o desafio de articularmos vários saberes

fundamentados de modo a conseguirmos cuidar e ajudar a pessoa e sua família a vivenciar situações complexas de saúde. Como Watson (2002, p. 117) refere “a arte do cuidar, começa quando o enfermeiro, com o fim de juntar outro (ou outros) a si próprio com um certo sentimento de cuidar e preocupação, expressa esse sentimento através de certas indicações externas”.

De acordo Beckstrand, Callister & Kirchhoff (2006) corroborado por Machado, Pessini & Hossne (2007), torna-se fundamental a melhoria da comunicação entre a equipa multidisciplinar, de modo a promover uma morte digna. A discussão e a tomada de decisão em equipa são cruciais, tendo sempre como foco a pessoa e sua família, os seus valores e desejos de fim de vida. Assim, demonstramos *conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e processos de luto*<sup>15</sup>. Aprendemos também a aceitar “que há momentos onde ela não pode mudar nada, onde tudo o que pode oferecer é a sua presença e o seu calor humano” (Phaneuf, 2005, p. 185). A “simples” presença efetivou-se como um cuidado de enfermagem.

Ao longo do estágio, vivenciamos exatamente o que Watson (2002) afirma: o enfermeiro adquire conhecimentos sobre os significados pessoais e subjetivos das experiências que vivencia. Assim, não nos permitimos apenas a “viver” as experiências dos cuidados de enfermagem especializados, mas refletimos criteriosamente sobre eles. Consideramos que estes momentos de reflexão, partilhados com os colegas, contribuíram para o desenvolvimento da competência: *produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara*<sup>16</sup>.

Julgamos que desenvolvemos *uma prática profissional e ética que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*<sup>17</sup>. Existe uma relação inegável entre o duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício com a defesa e respeito dos direitos humanos e da afirmação de uma *praxis* centrada no ser humano (Nunes, 2006).

A cultura de segurança e qualidade é fundamental e está presente em todos os momentos dos cuidados. A DGS (2003, p. 16) cita Saturno *et al* (1990) afirmando que qualidade em saúde consiste na “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo,

---

<sup>15</sup> Critério de Avaliação K.1.4.2 da Unidades de Competência K.1.4. do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

<sup>16</sup> Ponto 5 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>17</sup> Artigo 5.º do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão”. A sua melhoria é um imperativo moral e deve adaptar-se à constante atualização da evidência científica, ao desenvolvimento farmacológico e científico, aos resultados da investigação clínica e à progressiva alteração dos padrões demográficos e epidemiológicos do país<sup>18</sup>.

A promoção e manutenção de um ambiente seguro não só é crucial para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, mas também para a segurança dos restantes doentes, profissionais de saúde e comunidade. Nos diferentes domínios de enfermagem foram identificados os principais diagnósticos de enfermagem numa UCI, de acordo com a taxonomia de NANDA-I. No domínio da “Segurança/proteção” o principal diagnóstico de enfermagem é o “Risco de Infecção” (Ferreira *et al*, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016), um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). Sendo que “30 a 40% são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde”<sup>19</sup> e, ainda a presença de dispositivos invasivos, a procedimentos cirúrgicos e a infeções por micro-organismos multirresistentes.

A evidência científica demonstra que a implementação das boas práticas na prevenção e controlo da infeção, integradas numa cultura de segurança, reduzem significativamente a IACS (OMS, 2016). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica surge como vetor fundamental pela sua competência de *maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*<sup>20</sup>.

Na UCIMC as boas práticas de prevenção e controlo de infeção são cumpridas rigorosamente. Desde a lavagem das mãos, à utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) em função do contacto previsto e o risco esperado, à Etiqueta Respiratória, à supervisão da correta descontaminação de equipamento clínico<sup>21</sup>. Em todos os turnos procedemos à avaliação da unidade de internamento, de modo a garantir se está em conformidade com diversos parâmetros que asseguram a manutenção de um ambiente seguro e que permaneça apto caso ocorra alguma situação de emergência. A unidade deve manter-

---

<sup>18</sup> Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020.

<sup>19</sup> Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, (2007).

<sup>20</sup> Alinha c) do Artigo 4.º do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>21</sup> Direção-Geral da Saúde. Circular n.º 29/2012 – “Precauções Básicas em Controlo de Infecção”

se funcional e organizada, com os recursos materiais facilmente acessíveis, bem como os recursos tecnológicos necessários à avaliação e monitorização contínua dos parâmetros vitais aptos, inclusive os limites e o volume dos alarmes devidamente definidos.

Consideramos que ao longo do estágio aprofundámos e desenvolvemos uma prática de enfermagem avançada baseada na evidência científica zelando pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem especializada, desenvolvendo *competências do domínio da melhoria contínua da qualidade*<sup>22</sup>, nomeadamente na manutenção de *um ambiente terapêutico e seguro*<sup>23</sup>.

Para a avaliação de enfermagem da pessoa em situação crítica, integrada no processo de enfermagem, utilizamos a abordagem segundo a sequência ABDCE, que corresponde a: A – Via aérea; B – Respiração; C – Circulação; D – Disfunção neurológica; e, por fim, E – Exposição.

A utilização desta mnemónica juntamente com a utilização e interpretação da monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, e os exames complementares, permitiram-nos desenvolver competências na *observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil*<sup>24</sup>, bem como a gestão de prioridades e dos cuidados prestados. Em contexto de estágio, tal abordagem demonstrou-se fundamental no desenvolvimento de uma *metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*<sup>25</sup> de forma pormenorizada e criteriosa.

Frequentemente, os doentes em estado crítico necessitam de suporte ventilatório – que corresponde na mnemónica à via aérea (A) e à respiração (B). Foi no contexto do estágio que tivemos a oportunidade de pela primeira vez colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica submetida a VMI. Por considerarmos que o desenvolvimento de competências na abordagem à pessoa sob VMI e sua família crucial para a qualidade e segurança de cuidados de enfermagem especializada, definimos o **objetivo n.º 1**.

---

<sup>22</sup> Artigo 6.º do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<sup>23</sup> Alinha c) do Artigo 6.º do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<sup>24</sup> Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>25</sup> Ponto 14 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

A prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica sob suporte ventilatório invasivo permitiu-nos desenvolver competências na avaliação da adaptação entre a pessoa e o ventilador; na manutenção dos parâmetros ventilatórios e dos alarmes ajustados; na interpretação dos exames complementares relacionando-os com a situação clínica da pessoa; na avaliação do estado de consciência e do nível de sedação; na manutenção da permeabilidade da via aérea (aspiração de secreções) e otimização do tubo oro-traqueal (TOT) (mudança do fio de nastro, verificação da pressão do *cuff* e o posicionamento do tubo).

A atuação profissional na prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV) baseou-se na evidência científica, aplicando as normas e as Bundles propostas pelo *Institute for Healthcare Improvement*. Consistem na realização da higiene oral com Gluconato de Clorexidina; a manutenção da cabeceira a 30-45°; alimentação entérica através de sonda oro-gástrica; medição e controlo da pressão do *cuff* do tubo endotraqueal entre 20-30cm H<sub>2</sub>O; aspiração das vias aéreas somente quando necessário e com técnica asséptica, não realizar troca (por rotina) do circuito ventilatório (apenas se necessário); evitar sedações desnecessárias e prever/antecipar o desmame ventilatório e extubação (Silva, Nascimento & Salles, 2012).

A pessoa sob suporte ventilatório invasivo, por não poder ser alimentada via oral, é submetida a terapia nutricional, que consiste na “administração de alimentos liquidificados ou de nutrientes através de soluções nutritivas com fórmulas quimicamente definidas, por infusão direta no estômago ou no intestino delgado, através de sondas” (Neto, 2003). A alimentação entérica é preferível à nutrição parentérica, nomeadamente pela manutenção da mucosa intestinal, da função metabólica e imunológica (Kirby, Taylor & Civetta, 2000). Nos doentes sob ventilação mecânica invasiva é utilizada sonda oro-gástrica, ao invés da nasogástrica, para prevenção da sinusite e da pneumonia (Silva, Nascimento & Salles, 2012).

Na UCIMC, existe um protocolo de serviço que permite aos enfermeiros regular a administração e a progressão da alimentação entérica, consoante a tolerância do doente. Os cuidados de enfermagem englobam, portanto, a vigilância de possíveis efeitos adversos; monitorização do conteúdo gástrico; otimização da sonda de alimentação e da máquina de alimentação; mudança dos sistemas de alimentação (a cada 24 horas) e sonda, entre outros.

A sedação da pessoa sob suporte ventilatório invasivo é um ponto crítico de toda a estratégia ventilatória. A pessoa em situação crítica ventilada pode experienciar períodos de *stress*

respiratório agudo, causando dessincronia com o ventilador. A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos está frequentemente sob sedoanalgesia, ou seja, a combinação de fármacos que provocam a sedação e a analgesia. A sedação está indicada no alívio da dor; para facilitar e diminuir o desconforto de procedimentos e/ou tratamentos (nomeadamente a ventilação mecânica invasiva); maximizar o benefício terapêutico dos tratamentos implementados; como tratamento em si (por exemplo no controlo da pressão intracraniana); reduzir a ansiedade; e controlar a agitação e em certos casos provocar amnésia durante o bloqueio neuromuscular. A sedação pode variar desde leve a anestesia geral, de acordo com o objetivo terapêutico pretendido (Marcelino, 2008).

Embora a definição da modalidade e dos parâmetros ventilatórios seja uma intervenção médica, o enfermeiro deve ser capaz de reconhecer e identificar a causa, os sinais clínicos sugestivos de dessincronia, bem como saber reconhecer/prevenir complicações. Ao longo do estágio, utilizámos a Escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e a Escala de Ramsey para avaliar a sedação, e tivemos ainda a oportunidade de desenvolver competências na utilização do Índice Bispectral (BIS) (Marcelino, 2008).

A sedação, a ventilação mecânica e as alterações de consciência são uns dos fatores que tornam a comunicação com a pessoa em situação crítica um desafio. Inicialmente, sentimo-nos intimidados pela dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com o doente. Apercebemo-nos que o próprio doente se sente frustrado quando não compreendemos a informação que nos está a tentar transmitir. Procedemos a pesquisa bibliográfica, de modo a identificar medidas/técnicas que permitam ultrapassar as “barreiras de comunicação”. Assim, aprofundámos conhecimentos sobre *estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”*<sup>26</sup>. Quando a pessoa em situação crítica não é capaz de verbalizar adotámos medidas que permitiram identificar as suas necessidades. Observámos frequentemente a expressão do olhar e da face, pois são os comportamentos não-verbais mais reveladores. Sempre que abordámos a pessoa em situação crítica explicámos-lhe o procedimento/intervenção de enfermagem, o seu objetivo e procurámos esclarecê-la. Transmitimos essa informação de forma pausada, olhando nos olhos da pessoa – tomámos consciência de como o olhar é crucial na comunicação não-verbal, nomeadamente “sorrir com o olhar” transmitindo compaixão e compreensão à pessoa. “Olhar a pessoa equivale de certa maneira a fazê-la existir” (Phaneuf, 2005, p. 36). O toque

---

<sup>26</sup> Critério de Avaliação K.1.5.2 da Unidades de Competência K.1.5. do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

como ato terapêutico mostrou-se muito útil, nomeadamente como simbolismo de presença. “O tocar é um comportamento não-verbal de significado muito potente” (Phaneuf, 2005, p. 45).

Utilizámos técnicas de comunicação criativas, individualizadas e de acordo com as capacidades da pessoa. Desde a colocação de várias palavras numa folha branca pedindo à pessoa que apontasse para a palavra que fosse de encontro com o que nos tentava transmitir, por exemplo “dor”; ao piscar com os olhos, apertar a mão ou acenar com a cabeça como “sim” às questões que lhe eram colocadas (as questões eram elaboradas de acordo com possíveis necessidades do doente). Estas técnicas mostraram-se bastante eficazes, permitindo a construção de uma relação de ajuda com a pessoa. E a verdade é que com a continuidade dos cuidados essas “barreiras” deixavam efetivamente de se fazer sentir, tanto para a pessoa como para o enfermeiro.

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”, ou seja, subjetiva e multidimensional. A avaliação da dor é fundamental para o seu controlo, sendo a pessoa “o melhor avaliador da sua própria dor” (OE, 2008). Contudo, existem vários fatores que tornam a avaliação da dor na pessoa em situação crítica um desafio. Observamos como o aprofundamento de competências na avaliação da dor na pessoa em contexto de cuidados intensivos é determinante para o seu controlo e, consequentemente, para a qualidade dos cuidados, pelo que estabelecemos o **objetivo n.º 2**. A dor não tratada provoca consequências físicas e psicológicas significativas à pessoa em situação crítica, pelo que a implementação de escalas de avaliação da dor em contexto de UCI traz benefícios, nomeadamente na duração de ventilação mecânica e duração do internamento (Ferreira *et al*, 2014).

Quando a pessoa mantém a capacidade de comunicar a sua dor recorremos aos instrumentos de autoavaliação, nomeadamente a Escala Numérica (EN) e a Escala Visual Analógica (EVA). No entanto, quando a pessoa é incapaz de comunicar recorremos a critérios observacionais e subjetivos sugestivos de dor, como a expressão facial, o comportamento, bem como os parâmetros fisiológicos sugestivos de dor como a pressão arterial, a frequência cardíaca, a respiração, o lacrimejo e a sudorese (Ferreira *et al*, 2014). Na UCIMC, era utilizada escala de avaliação da dor *Behavioral Pain Scale* (BPS) como instrumento que permite a avaliação da dor na pessoa em situação crítica incapaz de autoavaliar, e em que as

capacidades motoras estão intactas. Deste modo, tivemos a oportunidade de desenvolver competências na avaliação da dor na pessoa em situação crítica, seja pelo aprofundamento de conhecimentos como pela sua aplicação em contexto prático.

É bastante frequente na UCIMC a realização da Técnica de Substituição Renal Contínua, nomeadamente a Hemodiafiltração Venovenosa Contínua, o que exigiu pesquisa bibliográfica de modo a desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa sob essa técnica, nomeadamente na prevenção, antecipação e resolução de complicações. Os cuidados de enfermagem que prestámos durante este processo centraram-se, sobretudo, na vigilância do estado hemodinâmico do doente e, ainda, na monitorização e registo do débito urinário. Relativamente às complicações, ocorreu, por vezes, a coagulação do Kit (circuito), o que exigiu uma atuação rápida, segura e eficaz, e a troca de Kit e reduzir os riscos para o doente. Deste modo, *desenvolvemos a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização*<sup>27</sup>. No final, procedíamos à heparinização do cateter de hemodiálise e à colocação de um penso oclusivo.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados a um doente em estado crítico sob ECMO na modalidade venovenosa (veia femoral à veia jugular interna, que permite fluxos de sangue elevado). Tinha sido diagnosticado com pneumonia, que progrediu para insuficiência respiratória aguda grave, com elevado risco de mortalidade, em que a terapia convencional tinha sido esgotada. Esta modalidade não oferece suporte circulatório, no entanto, a mistura arterial com o sangue venoso aumenta a disponibilidade de oxigénio para a circulação coronária, logo melhora indiretamente a função cardíaca. A vigilância e a monitorização de enfermagem são cruciais. As avaliações horárias englobavam: o registo de sinais vitais, débito urinário e drenagens; realização de colheita de sangue arterial, antes e após a membrana permutadora; a observação do local de inserção e penso; a observação da integridade do circuito; a verificação do funcionamento do aquecedor; a avaliação da linha de acesso (movimento e dobras); a cor do sangue; avaliação para a formação de coágulos, linhas, bombas, oxigenador e nos conectores do circuito; e, por fim, o preenchimento da “Check List ECMO”.

Segundo Kolcaba (1994), o conforto corresponde ao estado de satisfação das necessidades básicas, promovendo o alívio, a tranquilidade ou a transcendência de situações consideradas stressantes. O conforto desenvolve-se nos quatro contextos: físico, psicoespiritual,

---

<sup>27</sup> Ponto 13 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

sociocultural e ambiental. Ao longo da prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica, foram aplicadas intervenções de enfermagem com o objetivo de satisfazer as necessidades da pessoa e de promover o seu conforto e bem-estar. Desde a manutenção da temperatura (nomeadamente através do aquecedor externo); a redução do ruído “branco”, particularmente no período noturno juntamente com a iluminação com o objetivo de promover o sono e o repouso; a colocação de musicoterapia; a motivação para o autocuidado; o assegurar do respeito pela privacidade e intimidade da pessoa; o alívio da dor através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas; o alívio de sintomas indesejáveis (por exemplo as náuseas) através de administração terapêutica – intervenção interdependente; a massagem e a otimização dos posicionamentos; bem como a promoção das visitas da família.

A família tem um papel fundamental na prestação de cuidados humanizados e humanizantes à pessoa em estado crítico. Nesse contributo, a própria família pode encontrar suporte para si mesma, “para viver os momentos de transição que ocorrem”. Através da família, o enfermeiro tem a possibilidade de conhecer e saber mais sobre a pessoa a quem presta cuidados e, assim, planear e implementar intervenções de saúde mais eficazes de modo a atingir os resultados esperados (Correia, 2012). Maruiti & Galdeano (2007) afirmam que os enfermeiros devem desenvolver a capacidade de estabelecer uma relação de confiança e de ajuda com a família da pessoa em situação crítica, pois esta vivencia medo, insegurança e incerteza. Ao longo do estágio, procurámos criar uma relação de ajuda com a família com o objetivo de a guiar neste momento doloroso. Numa fase inicial foi realizado o acolhimento – este encontro permitiu que fossem explicadas à família as rotinas do serviço, o horário das visitas, bem como explicar para que servem as diversas máquinas e o que significam os alarmes que por vezes se fazem ouvir. O nosso discurso procura ser sereno; as nossas palavras de confiança, de compreensão e de disponibilidade. Tomamos consciência da sensibilidade de cada momento e como a presença, a disponibilidade, o “estamos aqui para o que precisar” que se simboliza como “a força que suscita a confiança e que tranquiliza, e a doçura que supõe uma abordagem humana e benevolente” (Phaneuf, 2002, p. 329). Foram criadas as condições para a família sentir que tinha momentos de intimidade com a pessoa em situação crítica, nomeadamente dar a mão e falar com a pessoa. “A expressão da confiança nos cuidados e da esperança de uma melhoria são igualmente elementos importantes desta intervenção em relação de ajuda, tanto junto da pessoa doente como dos seus próximos” (Phaneuf, 2002, p. 399).

Terminamos a presente análise descritiva e reflexiva com um exemplo vivido em contexto do estágio e que consideramos ser um exemplo da enfermagem humanizada. São os “pormenores” que individualizam os cuidados. Juntamente com a família, foram afixadas à frente da unidade do doente fotografias pessoais, desenhos feitos pelos netos e pequenos textos a desejar as melhoras do avô/pai/marido. Enquanto enfermeiros, temos o privilégio de ir ao encontro e de acompanhar a pessoa e sua família nos seus momentos mais críticos e de maior vulnerabilidade. Com privilégio queremos dizer que testemunhamos diariamente a resiliência e a força do Ser Humano. Valorizamos e acreditamos nas suas capacidades quando estes não o são capazes de acreditar... e assim estabelecemos uma relação de ajuda.

## **2.2. Módulo I – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica**

O módulo I decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), considerado pela Rede de Referência Hospitalar como sendo o primeiro nível de acolhimento em situações de urgência<sup>28</sup> e de emergência<sup>29</sup>. A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência e emergência exige o desenvolvimento de competências e articulação de vários saberes que permitam *identificar focos de instabilidade*<sup>30</sup> e dar resposta de *forma pronta e antecipatória*, às alterações de saúde vivenciadas pela pessoa, ao longo do seu ciclo vital. Como Alminhas (2007, p. 57) refere, a “enfermagem de urgência é um misto complexo de capacidades, experiência e saber personalizado”.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos e outros profissionais de saúde, nomeadamente técnicos de diagnóstico e terapêutica. Os enfermeiros são distribuídos pelos diversos setores existentes no Serviço de Urgência, existindo um chefe de equipa que assume as funções de liderança, de supervisão e de gestão dos cuidados. Segundo Balsanelli & Cunha (2006), o estilo de liderança adotado depende da equipa, ou seja, do comportamento dos membros. A

---

<sup>28</sup> Consideram-se urgências “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001, p. 7).

<sup>29</sup> Designam-se emergências “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001, p. 7).

<sup>30</sup> Critérios de Avaliação K.1.1.1. da Unidade de Competência K.1.1. do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

comunicação é fundamental no processo de liderança, pois esta desenvolve-se através de uma relação interpessoal na qual os líderes influenciam as pessoas para a mudança.

O método de trabalho utilizado pelos enfermeiros é o método individual. Contudo, sempre que necessário, surge o trabalho em equipa nomeadamente no Suporte Avançado de Vida (SAV). As relações interpessoais na equipa eram promotoras de confiança e de coesão, proporcionando uma adequada articulação e desempenho de funções. Ao longo do módulo, colaborámos na prestação de cuidados com os restantes elementos, o que, sem dúvida, enriqueceu a nossa experiência e o desenvolvimento de competências.

Existem determinadas situações clínicas que exigem a referenciação regional ou nacional, como, por exemplo, as situações do foro da Cirurgia Plástica e Reconstructiva, da Cirurgia Vascular e da Neurocirurgia. Nestes casos, são prestados os cuidados de saúde imediatos com o objetivo de assegurar a estabilidade hemodinâmica, de modo a proceder-se ao transporte, que poderá ser terrestre ou aéreo de acordo com a situação clínica da pessoa em estado crítico.

Embora exerçamos funções num Serviço de Internamento do Hospital, onde se desenrola o módulo I, ainda não tínhamos tido a oportunidade de conhecer o Serviço de Urgência, pelo que o Enfermeiro-Chefe realizou a apresentação do serviço. O acolhimento ficou marcado pela simpatia e disponibilidade de toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente em contribuir para o nosso desenvolvimento de competências. É determinante a adaptação do enfermeiro ao serviço, pois promove o desenvolvimento da autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e no desenvolvimento de competências (Macedo, 2012). Como estratégias facilitadoras do processo de integração, procedemos à pesquisa de protocolos, orientações e normas existentes no serviço; e realizámos turnos nos diversos setores que compõem o Serviço de Urgência, o que permitiu compreender a dinâmica, a realidade e as especificidades que caracterizam o cuidar holístico num contexto imprevisível e, muitas vezes, crítico.

Tal como sucedeu com o módulo referido anteriormente, definimos objetivos a atingir ao longo do estágio que visam o desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro especialista, em contexto de urgência e emergência. Como objetivo geral definimos: *Desenvolver competências éticas, deontológicas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, em contexto de Urgência e Emergência.*

O objetivo específico definido foi:

1. *Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica não invasiva e sua família, em contexto de urgência e emergência.*

A transmissão de informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem assegura a continuidade dos cuidados de enfermagem e assume-se como determinante para a minimização dos erros ou eventos adversos. Particularmente num serviço de urgência, em que a informação transmitida deve ser objetiva, clara e concisa. Torna-se fundamental desenvolver competências na capacidade de sistematizar e priorizar informação relevante. Segundo Silva & Campos (2007), o momento de transmissão de informação deve ser considerado como uma oportunidade de educação e reflexão, de modo a promover o crescimento mútuo. Nos Balcões de Atendimento existem diversos fatores que podem prejudicar a individualização e a segurança dos cuidados de enfermagem, nomeadamente o elevado número de doentes e a sua constante mobilização e deslocação para a realização de exames complementares. A estratégia adotada pelos enfermeiros, e a qual considerámos extremamente útil, é a escrita da informação clínica numa folha utilizada na “passagem de turno” e fornecida ao colega que o substitui.

O circuito da pessoa que recorre ao Serviço de Urgência inicia-se através do sistema de triagem, que visa a identificação e a classificação da prioridade clínica da pessoa que necessita de cuidados de saúde, permitindo uma gestão funcional e adequada do fluxo de doentes entre as diferentes especialidades. Sendo que “um sistema de triagem eficiente melhora a qualidade de cuidados prestados, diminui o tempo para a primeira observação e tratamento do doente” (Teixeira, 2006, p. 237). Em Portugal, os Serviços de Urgência adotaram o Protocolo de Triagem de Manchester por se adequar à nossa realidade. É um método rápido (1-2 minutos/doente), que não necessita de “grande investimento em equipamento ou formação”, em que a “autorreferenciação representa 95%” e onde a afluência é significativa (Freitas, 2012, p. 1). A Triagem de Manchester possui cinco graus de prioridade, cada um correspondente a um nível, cor e tempo-alvo máximo aceitável: Nível 1: emergente, vermelho – imediato; Nível 2: muito urgente, laranja – 10 minutos; Nível 3: urgente, amarelo – 60 minutos; Nível 4: pouco urgente, verde – 120 minutos; Nível 5: não urgente, azul – 240 minutos.

Em Portugal, foi criado o nível 6 - pulseira branca, como forma de dar resposta às situações não urgentes e não emergentes nas quais a porta de entrada para o hospital é o Serviço de Urgência, reduzindo, deste modo, a pressão assistencial nos Serviços de Urgência.

Ao realizarmos a triagem sob supervisão do enfermeiro orientador, constatámos como a triagem exige concentração constante e capacidade para, num curto espaço de tempo, mobilizar e articular conhecimentos e experiências que permitam fazer uma avaliação correta e adequada da situação. O processo de triagem é bastante complexo e a sua realização sensibilizou-nos para a responsabilidade, os problemas e os desafios da prática profissional nesta área. Frequentemente éramos confrontados com queixas inespecíficas ou com múltiplas queixas, o que tornava a escolha do fluxograma difícil, acrescentando o facto de que o tempo para a tomada de decisão era limitado e as interrupções por parte de funcionários e bombeiros uma constante. Nesses momentos, foi fundamental a partilha de experiências e de conhecimentos do enfermeiro orientador. A realização da triagem permitiu-nos desenvolver o raciocínio clínico e o pensamento crítico, essenciais para a tomada de decisão e sua fundamentação, bem como desenvolver estratégias de comunicação que permitiram ir ao encontro da pessoa e das suas necessidades.

Por vezes, as pessoas que recorriam ao Serviço de Urgência e as suas famílias ficavam descontentes com a prioridade que lhes era atribuída e/ou com o tempo de espera, sendo esse um fator de *stress* para os mesmos, e para o enfermeiro que realiza a triagem. Foi bastante frequente as pessoas procurarem o enfermeiro entre as triagens, ou mesmo durante as triagens de outras pessoas, para mostrar o seu desagrado. Verificámos que embora as pessoas estejam familiarizadas com as prioridades e as cores da pulseira, desconhecem o processo do sistema de triagem em si. Nesses momentos, foi essencial a abordagem da pessoa e sua família com uma postura atenciosa e com um discurso pausado e compreensivo, explicando o funcionamento do sistema de triagem, enfatizando que qualquer alteração de saúde que possa ocorrer durante o período de espera deveria ser comunicada para uma possível re-triagem. A comunicação é mais do que uma ferramenta terapêutica, é uma atitude profissional promotora de confiança, segurança e conforto.

As pessoas que recorrem ao Serviço de Urgência e suas famílias vivem momentos de angústia, medo e incerteza associados às alterações de saúde, previamente diagnosticadas ou não, com a agravante do confronto com os procedimentos dolorosos e com um ambiente desconhecido. A entrada num Serviço de Urgência é percecionada pela pessoa e sua família

como um momento de incerteza sobre a sua situação clínica; um momento de dor e de desconforto; a sensação de perda de controlo sobre as funções do dia-a-dia e o perder da privacidade ficando dependente de terceiros. Através da humanização dos cuidados o enfermeiro assume o dever de *dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única*<sup>31</sup>, ou seja, o cuidar do Outro<sup>32</sup> que envolve a construção de uma relação de ajuda através do respeito por toda a sua singularidade e individualidade. Zangão (2016) afirma que as competências relacionais determinam um saber-ser e incluem as competências sociais, afetivas, relacionais e ético-morais. Vivemos numa realidade em que o saber-fazer não é suficiente, pois para cuidar é imprescindível o saber-ser e o saber-estar. Assim, consideramos que o *estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica*<sup>33</sup> reflete-se na humanização e na valorização do Outro. Assumimos a comunicação com a pessoa e sua família como um instrumento fundamental no cuidar e no estabelecimento de uma relação empática, conforme preconizado por Riley (2004).

Geralmente, os Serviços de Urgência são espaços despersonalizados e partilhados por muitas pessoas, desde a equipa multidisciplinar até aos restantes doentes e familiares, comprometendo a individualidade e privacidade da pessoa e sua família (Silva, 2007). No entanto, evidenciámos que a manutenção e o respeito pela privacidade, nomeadamente nos procedimentos que implicavam a sua exposição da pessoa e também, nos momentos de vulnerabilidade como a colheita de dados, era assegurada e defendida por todos os profissionais de saúde, conforme a alínea a) do artigo 86.º do CDE que aponta para o dever de o enfermeiro “respeitar a intimidade da pessoa e protege-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” (Lei n.º 111/2009, p. 6. 548).

Perante situações emergentes, o enfermeiro da triagem aciona a Sala de Emergência através de um sinal sonoro, alertando a equipa multidisciplinar responsável pela prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica. A Sala de Emergência caracteriza-se por ser uma sala tipo *open space*, onde todo o material e equipamento necessário está visível, rotulado e de fácil acesso, o que permite uma atuação rápida e segura. O processo de enfermagem encontra-se presente como a base dos cuidados de enfermagem. Ao longo da

---

<sup>31</sup> Ponto a) Artigo 89.º do REPE

<sup>32</sup> Consideramos o Outro como a Pessoa e a sua Família

<sup>33</sup> Unidades de Competência K.1.6 do ponto a) da alinha 1. Do Artigo 4º do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Situação Crítica.

colaboração nos cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica, na Sala de Emergência, era utilizada a mnemónica ABCDE como método de avaliação global do doente, permitindo a elaboração de diagnósticos de enfermagem. O Colégio Americano de Cirurgiões elaborou a mnemónica ABCDE, no sentido de padronizar a abordagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente o doente politraumatizado, identificando as lesões potencialmente fatais (Rodrigues, Santana & Galvão, 2017). Geralmente, quando uma equipa especializada é chamada ao local, a avaliação primária, incluindo a recolha de informações relevantes segundo a mnemónica CHAMU (Circunstâncias, História, Alergias, Medicação e Última refeição) é realizada numa fase pré-hospitalar. Essas informações são transmitidas à equipa multidisciplinar aquando a pessoa em situação crítica é admitida no Serviço de Urgência, procedendo-se a uma nova avaliação: A – (*Airway*) - Permeabilização da Via Aérea com controlo da coluna Cervical; B – (*Breathing*) - Ventilação e Oxigenação; C – (*Circulation*) – Assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia; D – (*Disability*) – Disfunção Neurológica; e, E – (*Exposure/Environment*) - Exposição com controlo de Temperatura.

Nestes momentos torna-se essencial responder de *forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade*<sup>34</sup> com *cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica*<sup>35</sup> através de um trabalho em equipa. Neste sentido, desenvolvemos o processo de enfermagem como pilar orientador da prestação de cuidados, recorrendo sempre a uma abordagem de resolução de problemas bem como a sua antecipação e prevenção de complicações. Para isso, devemos aprofundar os nossos conhecimentos científicos, técnicos, comunicacionais e éticos de modo a fundamentar a nossa tomada de decisão e o nosso agir.

Frequentemente, em contexto crítico, foi necessário recorrer à Ventilação Não-Invasiva (VNI), com o objetivo de “suportar total ou parcialmente o trabalho respiratório e consequentemente aliviar ou reduzir a dispneia e melhorar as trocas gasosas” (Póvoa, 2012, p. 84). Nos Serviços de Urgência, o suporte ventilatório não invasivo tornou-se uma estratégia terapêutica segura e cada vez mais utilizada como componente no tratamento da insuficiência respiratória aguda, como o Edema Agudo do Pulmão Cardiogénico (EAP), e

---

<sup>34</sup> Critérios de Avaliação K.1.1.2. da Unidade de Competência K.1.1. do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>35</sup> Critérios de Avaliação K.1.1.3. da Unidade de Competência K.1.1. do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica.

na insuficiência respiratória crónica agudizada, como na exacerbação aguda da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) (Ferreira *et al*, 2009). Importa frisar que o objetivo da VNI é evitar a entubação endotraqueal e não substituí-la (Póvoa, 2012). Deste modo, considerámos o **objetivo n.º 1** determinante para uma prática de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica com insuficiência respiratória, em contexto de urgência e emergência.

Existem vários benefícios inerentes à utilização da VNI ao invés, quando possível, da ventilação mecânica invasiva, nomeadamente o de permitir ao doente comunicar verbalmente, alimentar-se e manter tosse eficaz; manter a mobilidade; a necessidade de sedação ser menor; a duração da ventilação ser mais curta; e o desmame mais fácil. A VNI tem ainda como vantagens evitar as complicações associadas à entubação endotraqueal; à perda de mecanismos de defesa da via aérea; e às que ocorrem após a extubação (Passarini *et al*, 2012). O facto de evitar complicações contribui para a diminuição do tempo de internamento hospitalar, da mortalidade e dos custos (Ferreira *et al*, 2009). As principais contraindicações incluem a paragem cardiorrespiratória; a encefalopatia grave; a hemorragia gastrointestinal grave; a instabilidade hemodinâmica; a cirurgia facial ou trauma; a obstrução da via aérea superior; a presença de secreções traqueobrônquicas; e a incapacidade de proteção da via aérea com o risco de aspiração. Os efeitos adversos associados ao uso da VNI são a congestão nasal; a secura das mucosas; o desenvolvimento de eritema/úlceras de pressão na pirâmide nasal; aerofagia causando distensão gástrica; conjuntivite; fugas; e a pneumonia de aspiração (Ferreira *et al*, 2009).

Relativamente às modalidades da VNI incluem-se a pressão positiva contínua na via aérea (*continuous positive airway pressure* – CPAP) que mantém um único nível de pressão na inspiração e expiração; e a ventilação em dois níveis de pressão (conhecida como BiPAP – marca registada pela Respironics), que utiliza uma pressão positiva inspiratória (*inspiratory positive airway pressure* – IPAP), fornecendo ajuda aos músculos inspiratórios e um aumento da ventilação alveolar resultando na diminuição do nível da PaCO<sub>2</sub>, alívio da dispneia e redução da utilização dos músculos acessórios da ventilação. Durante a expiração, é fornecida uma pressão positiva expiratória (*expiratory positive airway pressure* – EPAP) para aumentar a capacidade residual funcional resultando num aumento do nível da PaO<sub>2</sub> (Ferreira *et al*, 2009; Soares, 2014; Urden, Stacy & Lough, 2008). Durante a técnica é administrado oxigénio suplementar humidificado com o objetivo de manter um nível de

PaO<sub>2</sub> clinicamente pretendido (Urden, Stacy & Lough, 2008). Existem diversas interfaces, contudo, a máscara facial é a mais utilizada em situação crítica, pois nestes casos os doentes encontram-se geralmente dispneicos, respirando predominantemente pela boca (Borges & Botelho, 2013; Ferreira *et al*, 2009). A “máscara ideal deve ser confortável, estável, de aplicação fácil, rápida e barata”, sendo a escolha do tamanho uma componente importante (Soares, 2014).

Os cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica submetida a VNI são cruciais para a sua adaptação e consequente sucesso, como Ferreira *et al* (2009, p. 658) afirmam: “mais importante do que o local onde se realiza a VNI é a experiência e a disponibilidade dos técnicos que a aplicam”, considerando como fator mais importante para o sucesso do suporte ventilatório não invasivo o “pessoal treinado com esta técnica” (Ferreira *et al*, 2009).

Tivemos oportunidade de, por diversas vezes, colaborar nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica por insuficiência respiratória aguda ou crónica agudizada sob VNI, o que permitiu aplicar os conhecimentos aprofundados decorrentes da revisão bibliográfica através do processo de enfermagem e, deste modo, contribuir para uma prática baseada na evidência clínica, bem como desenvolver as competências delineadas no início do estágio.

Antes de iniciar a técnica, avaliávamos o estado de consciência, a estabilidade hemodinâmica, gastrointestinal, o nível de colaboração, o reflexo de tosse, e a presença de secreções. Estabelecíamos com a pessoa uma relação terapêutica baseada na parceria, no respeito e na valorização do Outro. É fundamental a envolvimento e colaboração da pessoa e sua família com a técnica, de modo a facilitar a adaptação, pelo que capacitávamos a pessoa a desempenhar um papel ativo na sua recuperação, através da transmissão de informação de forma clara e concisa sobre o funcionamento e a importância do suporte ventilatório não invasivo, nomeadamente as sensações que poderia vir a experienciar. Posicionávamos o doente com a cabeceira da cama elevada (entre 30 e 45°) de modo a promover o conforto, facilitar a respiração e minimizar o risco de aspiração (Soares, 2014; Urden, Stacy & Lough, 2008) e, antes de iniciar a técnica, assegurávamos que todas as necessidades fisiológicas básicas urgentes eram satisfazidas; hidratávamos a pele e mucosas; e avaliávamos a integridade cutânea nos locais de pressão da máscara, sendo frequentemente necessário, de

modo a prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão, a aplicação de apósitos hidrocolóides (Soares, 2014, p. 31).

Enquanto enfermeiros, preparávamos o material necessário (máscara, proteção de silicone, traqueia, swivel, filtro antibacteriano/viral e adaptador a O<sub>2</sub>) e verificávamos a operacionalidade do ventilador através de um teste prévio. De seguida, em conjunto com a pessoa, aplicávamos e ajustávamos a máscara, de modo a evitar fugas bem como promover o seu conforto. Por fim, introduzíamos os parâmetros ventilatórios no ventilador (Soares, 2014).

Durante a técnica é essencial uma rigorosa vigilância e monitorização, de modo a avaliar a sua eficácia, a sincronia entre a pessoa e o ventilador, assim como os eventuais efeitos secundários, como forma de assegurar e promover o conforto da pessoa. Importa referir que a pessoa submetida a VNI nunca deverá ser imobilizada. Nos casos de agitação psicomotora devemos informar o médico para possível prescrição de sedação leve (Soares, 2014). Urden, Stacy & Lough (2008, p. 695) aconselham a permanecer cerca 30 minutos junto ao doente aquando do início da técnica, de modo a tranquiliza-lo e ajudá-lo a “aprender a respirar com a máquina”. Referem ainda que, geralmente, a ansiedade e a dispneia sentidas no início da VNI têm tendência a diminuir uma vez estabelecida a ventilação adequada. Ainda, Cruz & Zamora (2013) referem que nos casos graves a ausência de melhoria na primeira hora deve ser considerada como insucesso da técnica e deverá ser ponderada a ventilação mecânica invasiva.

Segundo as linhas orientadoras da *British Thoracic Society Standards of Care Committee* (2002), citado por Soares (2014), não existe nenhuma evidência publicada que aborde as questões do controle de infeção associada à VNI. No entanto, o material utilizado está frequentemente em contacto com secreções, com a pele e as mucosas da pessoa, pelo que manter a higiene adequada da máscara (lavagem com água e detergente e de seguida proceder à secagem) é fundamental. Também é essencial proporcionar uma higiene oral, pelo menos uma vez turno; avaliar a integridade cutânea e das mucosas; trocar os filtros 24/24 horas ou sempre que seja necessário; e trocar circuitos de 72/72 horas.

A agitação e o delírio<sup>36</sup> são frequentes nos doentes críticos médico-cirúrgicos, sendo que a sua incidência pode variar entre os 30% aos 70%. Incluídas nas causas possíveis estão a

---

<sup>36</sup> Descrito como “um compromisso reversível dos processos cognitivos, habitualmente de estabelecimento súbito, associado a desorientação, compromisso da memória de curso prazo, alteração das percepções

hipoxemia, a hipercapnia e o desequilíbrio ácido-base, geralmente presenciados na insuficiência respiratória. Após instituição do suporte ventilatório não invasivo e o recurso a estratégias farmacológicas (geralmente o neuroléptico haloperidol<sup>37</sup>), adotávamos medidas não farmacológicas nos cuidados de enfermagem como prevenção, nomeadamente a “massagem nas costas, a musicoterapia, a redução do ruído no ambiente, baixar as luzes à noite para promover o sono, agrupar os cuidados de enfermagem para proporcionar alguns períodos de sono não interrompido e falar com voz calma, baixa e simpática” (Urden, Stacy & Lough, 2008, p. 160).

No final, procedíamos aos registos de enfermagem que englobavam a modalidade e os parâmetros ventilatórios, a adaptação da pessoa ao ventilador, os diagnósticos de enfermagem bem como as intervenções implementadas e os seus resultados. Os registos de enfermagem permitem ainda fundamentar a nossa tomada de decisão e o nosso agir, bem como assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem.

Em determinado turno, tivemos a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializada a um potencial dador cadáver<sup>38</sup> por morte encefálica e sua família. Geralmente, o potencial dador cadáver é transferido para a UCI. No entanto, por falta de vagas, foi internado no SO. A pessoa, com cerca de 45 anos de idade e como único antecedente pessoal hipertensão arterial (não medicada), recorreu ao Serviço Urgência por cefaleia e disartria. Na triagem apresentava um *score* de 14 na Escala de Coma de Glasgow. Contudo, em breves minutos, o seu estado de consciência deteriorou-se (*score* de 3), com necessidade de suporte vasopressor e ventilatório. É um exemplo da imprevisibilidade que caracteriza um serviço de urgência. A realização da Tomografia Computorizada (TAC) crânio-encefálica revelou uma extensa hemorragia intracerebral sem indicação clínica para intervenção cirúrgica.

Os cuidados de enfermagem especializada ao potencial dador de órgãos e sua família, durante o processo de execução das provas e exames complementares, que permitem a

---

sensoriais, processos de pensamento anormais e comportamento inadequado” (Urde, Stacy & Lough, 2008, p. 159).

<sup>37</sup> Designado como antipsicótico que “estabiliza a função cerebral, bloqueando a transmissão mediada pela dopamina nas sinapses cerebrais e nos núcleos da base”. Aquando a sua administração, o doente deve ser monitorizado devido ao aumento da incidência de disritmias ventriculares. (Urde, Stacy & Lough, 2008, p. 160).

<sup>38</sup> Em Portugal, a colheita de órgãos em doentes em morte cerebral está prevista na Lei n.º 12/93, de 22 de abril, republicada em anexo à Lei n.º 22/2007, de 29 de junho. Os critérios médicos, técnicos e científicos de verificação da morte estão dispostos nos termos do artigo 5.º da Lei n.º 141/99, de 28 de agosto.

confirmação do diagnóstico de morte cerebral, são altamente complexos. A morte encefálica causa inúmeras alterações no organismo decorrentes da isquemia cerebral que progressivamente evolui até à medula, resultando numa instabilidade hemodinâmica e em diversas alterações fisiopatológicas. Assim que é confirmada a morte cerebral, torna-se prioridade clínica “garantir o melhor suporte fisiológico possível para potencializar o sucesso dos órgãos transplantados” (Rech & Filho, 2007, p. 200) e, ainda, acompanhar a família enquanto esta vivencia a morte do seu familiar; e *respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte*<sup>39</sup>.

Sendo uma situação pouco frequente no Serviço de Urgência, foi utilizado um protocolo para a equipa multidisciplinar com orientações direcionadas para a abordagem da hipertensão e hipotensão; no controlo da glicose; no controlo da temperatura; na anemia; na coagulopatia e trombocitopenia; na ventilação mecânica; nos líquidos e eletrolíticos; na poliúria e no equilíbrio ácido-base (Urden, Stacy & Lough, 2008, p. 1109). Sendo que, segundo um estudo realizado por Freire *et al* (2012), as principais alterações fisiopatológicas decorrentes da morte cerebral são: hipotensão arterial (100%), hipotermia (75%), hipernatremia (62,5%), diabetes *insipidus* (37,5%), hiperglicemia (32,5%) e infeção (25%). Deste modo, os cuidados de enfermagem ao potencial dador cadáver têm como objetivo a promoção de um estado fisiológico ótimo que preserve as funções dos órgãos, pelo que a avaliação contínua, sistemática e a monitorização rigorosa são essenciais.

A colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializada ao potencial dador de órgãos e sua família permitiu aplicar os conhecimentos e as competências inerentes a *um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização*<sup>40</sup> e demonstrar a capacidade de *reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização*<sup>41</sup>, bem como aplicar as competências desenvolvidas no módulo referido anteriormente.

Foi particularmente desafiante, pois perante nós está uma pessoa – dador de órgãos. Presenciámos a despedida da família do seu ente querido, enquanto este “respirava” artificialmente. O corpo continuava quente, a pele corada. Ouviam-se no monitor os batimentos cardíacos, mas...a “vida” como conheciam já não existia. Procurámos assegurar o máximo de conforto e privacidade à família enquanto a guiávamos ao longo desta fase

---

<sup>39</sup> Alinha c) do Artigo 87.º do CDE.

<sup>40</sup> Ponto 8 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”.

<sup>41</sup> Ponto 10 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

difícil. Nestes momentos, sentimo-nos “pequenos” perante o enorme sofrimento desta família. O estar presente, o toque e a escuta ativa mostraram-se fundamentais, como forma de os apoiar e acompanhar. Mantivemos uma postura atenciosa e de compaixão pelo sofrimento bem como a disponibilidade em responder a qualquer pedido de informação de enfermagem. Não somos indiferentes à dor do outro, muitas vezes o suficiente para quem sofre. Frequentemente nos lembramos das pessoas e suas famílias, que em casa ou no hospital aguardam ansiosamente pela chamada telefónica que, provavelmente, lhes salvará e devolverá a qualidade de vida. Sentimo-nos no meio da morte e da vida, da angústia e do alívio. Posteriormente, soubemos que na ecografia mamária foi detetado um tumor maligno...

A prestação de cuidados em contexto de urgência e emergência pode ser dramática. Tanto para a pessoa e sua família, que procuram resposta para as suas alterações de saúde, vivendo momentos de medo, solidão e incerteza, como para os profissionais de saúde, que, no meio do *stress*, articulam saberes e gerem prioridades, de modo a prestar cuidados de saúde com qualidade e segurança. No “meio” do caos surge a calma necessária para assegurar um agir consciente, ético e moral.

Não nos surpreende que o humor, como função comunicacional, surge com alguma frequência no contexto de cuidados. José (2002, p. 34) afirma que o humor “quebra o gelo e as barreiras sociais; reduz o medo; aumenta a segurança; torna o ambiente familiar; encoraja um sentimento de verdade e de confiança; (...) reduz o embaraço e o desconforto; (...) une as pessoas; auxilia na adaptação e gestão de situações difíceis”. O humor nasce espontaneamente na relação no seio da equipa ajudando-a a lidar com situações complexas e difíceis, como também, enquanto intervenção de enfermagem, na prestação de cuidados à pessoa e sua família. O humor, como intervenção de enfermagem, parece “trazer grande conforto e aumentar o bem-estar dos utentes, devendo por isso e cada vez mais, ser promovido o seu uso” (José, 2002, p. 39).

Como forma de contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem do Serviço de Urgência onde foi realizado o módulo I, considerámos pertinente e vantajosa a elaboração de dois portfólios que reúnem artigos científicos e *Guidelines* sobre “A Ventilação Não-Invasiva e os Cuidados de Enfermagem” e “Os Cuidados de Enfermagem ao Dador de Órgãos” tendo ficado disponíveis, para consulta, nos serviços. Assim, promovemos o

*desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros<sup>42</sup> bem como demonstramos compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência<sup>43</sup>.*

Recordamos ainda a oportunidade de colaborar com a Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem, enquanto responsável pela gestão de cuidados essenciais para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. As suas funções não se resumem à distribuição do serviço semanal dos enfermeiros e dos assistentes operacionais, gestão de *stocks* de material, equipamentos e medicamentos. Também exerce funções no âmbito da aplicação de métodos de organização devidamente fundamentados, da gestão de conflitos, e de coordenação de equipa de prestação, entre outros. Partilhámos uma reflexão crítica sobre a importância de tomarmos consciência de toda a logística decisiva e crucial para a excelência do nosso cuidar. O enfermeiro que desempenha funções de gestão deve desenvolver não só as capacidades técnicas, científicas, pessoais e relacionais, que lhe permitam gerir os cuidados, mas também antecipar e prever possíveis necessidades do serviço e equipa multidisciplinar, nomeadamente oportunidades de melhoria promovendo a prática especializada baseada na evidência e na investigação clínica (OE, 2010, p. 9).

Ao terminarmos o módulo I, não podemos deixar de concordar com Alminhas (2007, p. 60): “cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é acima de tudo, saber respeitar a individualidade do doente”.

### **2.3. Módulo III – Bloco Operatório**

A enfermagem perioperatória representa o conjunto de conhecimentos aprofundados pelo enfermeiro perioperatório, e que o permitem identificar as necessidades da pessoa a quem presta ou vai prestar cuidados, capacitando-o a executar os mesmos com destreza e segurança, avaliando continuamente os resultados obtidos (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), 2006).

---

<sup>42</sup> Ponto 25 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>43</sup> Ponto 20 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

Os cuidados da enfermagem perioperatória surgem através de um processo de enfermagem programado, metódico e científico, que permite ao enfermeiro reconhecer as necessidades da pessoa a quem vai prestar cuidados, planejar esses cuidados e executá-los com qualidade e segurança, avaliando-os continuamente através da apreciação dos resultados obtidos. Deste modo, os cuidados de enfermagem perioperatória centram-se na pessoa em toda a sua dimensão biopsicosócioespiritual, direcionando-se para a:

“promoção do conforto físico e psicológico, suporte da função cardiopulmonar, promoção da segurança, promoção da integridade da pele, suporte nas funções de eliminação, manutenção do equilíbrio eletrolítico e da nutrição, cuidados de higiene, reabilitação funcional e educação ao doente, família ou pessoas significativas no suporte ao doente” (Ferrito, 2014, p. 8, citando Fairchild, 1993).

Considerámos que, para o desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, descritos nomeadamente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica no âmbito da *prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*; na *prevenção de complicações para a saúde da pessoa* enquanto esta *vivencia processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*; bem como na *promoção do bem-estar e gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família*, foi extremamente enriquecedor terminar o nosso percurso de Estágio com a realização do módulo III opcional no Bloco Operatório.

Assim, definimos como objetivo geral para o módulo III: *Desenvolver competências éticas, deontológicas, técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa do foro cirúrgico e sua família, durante o perioperatório.*

O Bloco Operatório caracteriza-se por ser um serviço altamente tecnológico, fechado e isolado do exterior. No seu interior, está uma equipa multidisciplinar provida de conhecimento especializado e que se une para responder às necessidades da pessoa e sua família através da prestação de cuidados humanizados. Neste contexto, o enfermeiro atua como agente ativo e facilitador do processo de transição vivenciado pela pessoa e sua família enquanto se adaptam a uma constante procura pelo equilíbrio na saúde, na sua perspetiva única, dinâmica e contínua.

Numa fase inicial, como estratégia facilitadora do processo de integração e como método de aprofundar a perceção da realidade e dinâmica do Bloco Operatório, procedemos à leitura

das normas e protocolos existentes, e adotámos uma postura observadora enquanto evidenciávamos uma prática de excelência e de simbiose altamente complexa. A nosso ver, para além do saber-fazer provido de conhecimento científico e teórico, é crucial desenvolver a sensibilidade e a capacidade do saber-ser e do saber-aprender, enquanto atitude, comportamento e dedicação. A AESOP (2006, p. 8) afirma que o saber-ser em contexto de Bloco Operatório implica “consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de *stress*”.

A prática da enfermagem perioperatória corresponde a todas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro nas fases pré, intra e pós-operatórias, sendo que cada uma destas fases tem um início e um fim num determinado momento. A fase pré-operatória inicia-se assim que o doente e o médico decidem pela cirurgia e termina quando o doente é transferido para a mesa operatória. O tempo de duração desta fase pode variar e está influenciado por diversos fatores, nomeadamente se for uma cirurgia eletiva ou de urgência. A fase do intraoperatório inicia-se assim que o doente é posicionado na mesa operatória e termina quando este é transferida para a UCPA. Depois inicia-se a fase pós-operatória, que apenas termina quando o doente recuperou da cirurgia (Spry, 2009, citado por Ferrito, 2014).

O sentimento de integração gradual na equipa e a colaboração na prestação de cuidados de enfermagem aquando da realização das funções de circulante, anestesia e nos cuidados pós-operatórios, permitiu-nos *desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, gerindo de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada*<sup>44</sup>. Relativamente à função do enfermeiro instrumentista, tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre as práticas recomendadas e sobre os instrumentos cirúrgicos<sup>45</sup> - quanto à sua categoria e função<sup>46</sup>. A montagem e a colocação dos instrumentos na mesa operatória são realizadas de forma padronizada, lógica e funcional, seguindo critérios específicos baseados na evidência clínica e investigação avançada como forma de assegurar uma prática com qualidade e segurança. O facto de ser padronizada tem como objetivo facilitar a substituição do enfermeiro instrumentista e assegurar uma continuidade eficaz de cuidados (Serrano, 2014).

---

<sup>44</sup> Ponto 1 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>45</sup> Designado por ser “um dispositivo especialmente concebido para a realização de determinados atos, durante uma intervenção cirúrgica” (Serrano, 2014, p. 151).

<sup>46</sup> Instrumentos de diérese, de hemóstase, de prensão, de síntese e afastadores ou de exposição (Serrano, 2014)

A enfermeira instrumentista desenvolve uma função mais tecnicista inserida na equipa cirúrgica (Bilbao, 2005).

Geralmente, o primeiro contacto com a pessoa que será submetida a intervenção cirúrgica ocorre na visita de enfermagem pré-operatória, integrada numa atuação multidisciplinar, representando o início do processo dos cuidados de enfermagem perioperatórios (Jesus & Abreu, 214). Segundo a AESOP (2006), a visita pré-operatória caracteriza-se por ser uma intervenção autónoma, realizada pelo enfermeiro de anestesia, e tem como objetivo familiarizar o doente com o enfermeiro perioperatório, permitindo a criação de uma relação terapêutica visando a parceria de cuidados; realizar a avaliação inicial e o levantamento dos dados de saúde relevantes da pessoa; e minimizar a ansiedade do doente relacionada com a intervenção cirúrgica, promovendo um maior bem-estar e colaboração ao longo dos cuidados (Jesus & Abreu, 2014).

O acolhimento é um dos primeiros cuidados de enfermagem perioperatória, pelo que se reveste de extrema importância quando se visa a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Assim, assegurávamos um ambiente calmo e propício à pessoa, para que ela se sentisse acolhida. Para criação de uma relação terapêutica com a mesma recorríamos a estratégias que se revelaram bastante úteis: tirávamos a máscara enquanto nos apresentávamos; demonstrávamos a nossa total atenção e disponibilidade através da capacidade de escuta, respeito e empatia; por vezes, recorríamos ao toque como forma de tranquilizar a pessoa; permitíamos que esta expressasse os seus medos, angústias e expectativas quanto ao período perioperatório. Joyce Travelbee (1971) acredita que a interação enfermeiro - pessoa é singular, um encontro único e original que representa o início das interações subsequentes, sempre com a finalidade de ajudar a aliviar ou resolver as suas necessidades não satisfeitas.

O enfermeiro assume o dever de *respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*<sup>47</sup>, pelo que a pessoa em causa deve ser capacitada para a tomada de decisão, devendo ser esclarecida com tempo necessário para a reflexão, de forma a que a tomada de decisão seja livre e consciente (Deodato, 2017). Na fase do acolhimento, procedemos à validação do consentimento informado, sendo que a pessoa em causa tem o

---

<sup>47</sup> Alinha b) do artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro.

direito de a qualquer momento, e sob qualquer forma (verbal oral ou escrita), revogar livremente o seu consentimento. Essa decisão deve ser respeitada.

“O Bloco Operatório é um local de esperança onde se vai recuperar a saúde, mas ao mesmo tempo, pode ser e é um local em que a dor e o sofrimento muitas vezes estão presentes” (AESOP, 2006, p. 122). O doente cirúrgico encontra-se numa situação de particular vulnerabilidade, seja uma intervenção cirúrgica eletiva ou de emergência. Este vivencia momentos de ansiedade, medo e incerteza influenciados por uma combinação de diversos fatores como o receio pela anestesia e de “não voltar a acordar”; ser incapaz de tomar decisões aquando inconsciente ou sedado; a invasão da sua privacidade; e, pela razão que o leva a necessitar da intervenção cirúrgica: seja por doença ou traumatismo (Smeltzer, 2005; Ferrito, 2014). Assim, procurámos estabelecer com a pessoa uma relação terapêutica baseada no respeito e na confiança com o objetivo de tranquilizá-la e transmitir-lhe segurança, suporte psicológico e emocional, e capacitá-la no desenvolvimento de estratégias que lhe permitem sentir algum controlo sobre a situação, nomeadamente através da parceria de cuidados. Deste modo, demonstramos *conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica*<sup>48</sup>.

Após o acolhimento, a pessoa é transferida para a sala cirúrgica, iniciando-se a fase intra-operatória. Nesta fase, os enfermeiros assumem as funções que lhes foram atribuídas, designadamente: anestesia, circulante e instrumentista. Através da colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializada, tivemos a oportunidade de desenvolver competências nas funções de anestesia e circulante. Aquando colaborávamos com o enfermeiro de anestesia e médico anestesiológista, aplicávamos conhecimentos aprofundados sobre os agentes anestésicos; as interações farmacológicas; as técnicas anestésicas e os métodos de monitorização, permitindo um desempenho eficaz e eficiente de acordo com as necessidades da pessoa e equipa (AESOP, 2006).

A combinação dos diversos fármacos utilizados nas fases de pré-medicação; indução; manutenção e reversão, provocam alterações no sistema fisiológico da pessoa, traduzindo-se num estado de inconsciência, analgesia, amnésia, relaxamento muscular e perda de reflexos e, ainda, em alterações hemodinâmicas significativas. Ao longo das diferentes fases anestésicas, inclusive na fase de reversão, cumprimos com os objetivos de atuação do

---

<sup>48</sup> K.1.4.1. da Unidade de Competência K.1.4. da alinha a) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

enfermeiro de anestesia ao promover a manutenção do posicionamento correto, do conforto e do bem-estar da pessoa; na observação e vigilância intensiva dos parâmetros hemodinâmicos, bem como na monitorização térmica; metabólica; do débito urinário; verificação da permeabilidade transfusional e, ainda, na manutenção ventilatória e circulatória (AESOP, 2006). Assim, através da articulação dos vários conhecimentos aprofundados e da prestação de cuidados de enfermagem em funções de anestesia, desenvolvemos competências na *antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*<sup>49</sup> bem como na *gestão da administração de protocolos terapêuticos complexos*<sup>50</sup>.

O enfermeiro circulante desempenha uma função de enorme responsabilidade ao coordenar o conjunto de atividades desenvolvidas na sala operatória, com a finalidade de zelar para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para a pessoa e também para a equipa cirúrgica. Assim, através da colaboração com a enfermeira tutora enquanto desempenhava a função de circulante, tivemos a oportunidade de realizar as atividades inerentes à manutenção da segurança do ambiente, da pessoa e equipa multidisciplinar; da gestão de riscos; do controlo da infeção; e, da gestão organizacional da sala operatória. O desenvolvimento de competências neste âmbito exigiu um aprofundamento de conhecimentos técnicos, científicos, relacionais e éticos, relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa durante o tempo operatório; compreender a dinâmica do funcionamento de uma sala operatória, os circuitos e as medidas que zelam pelo cumprimento da assepsia; e, ainda, a habilidade para manter uma atenção constante do ambiente cirúrgico (AESOP, 2006). De acordo com a sua função de preparar, organizar e gerir a sala para a cirurgia, tivemos a oportunidade de verificar o correto funcionamento do material e equipamento necessário para a cirurgia; assegurar a correta temperatura, humidade e ventilação da sala operatória; supervisionar o número de elementos na sala e o ruído sonoro; colaborar na desinfeção da pele de acordo com o procedimento cirúrgico; conectar os dispositivos médicos estéreis aos equipamentos não estéreis; colaborar no posicionamento dos focos de iluminação; fornecer, verificar e registar os instrumentos médicos fornecidos ao enfermeiro instrumentista; proceder à contagem das compressas e dos instrumentos cirúrgicos; entre outros (Viegas & Névoa, 2014).

---

<sup>49</sup> K.1.2. da alinha a) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>50</sup> K.1.2. da alinha a) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Constatámos que o enfermeiro circulante mobiliza os seus conhecimentos e experiências como forma de identificar antecipadamente possíveis complicações ou riscos aplicando intervenções preventivas. Consideramos que através da colaboração com a enfermeira tutora, quando desempenhava a função de circulante, foi possível desenvolver a capacidade de agir de forma antecipatória; diagnosticar *precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos*<sup>51</sup>. Ainda, ao aplicarmos os princípios de assepsia de forma adequada e fundamentada, consideramos que desenvolvemos *conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar*<sup>52</sup> e desenvolvemos competências específicas na *prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência*<sup>53</sup>.

A transferência da pessoa no pós-operatório imediato é realizada pela equipa anestésica. Assim, tivemos a oportunidade de desenvolver a nossa capacidade de transmitir a informação sobre o período intraoperatório de forma objetiva, clara e concisa, englobando a identificação da pessoa; os antecedentes pessoais relevantes; o diagnóstico médico; o procedimento cirúrgico realizado; o tipo de anestesia e agentes anestésicos utilizados; a medicação intraoperatória e a fluidoterapia administrada; os acessos venosos; a existência de drenos, sondas ou cateteres; o tipo e localização dos pensos operatórios e/ou tamponamentos; intercorrências no intraoperatório e medidas de atuação; avaliação geral do doente à saída da sala; e eventuais complicações expectáveis (Xavier & Carrilho, 2014).

Os doentes no pós-operatório imediato são considerados críticos pela conjugação dos riscos associados aos fármacos administrados e à intervenção cirúrgica, pelo que a avaliação e vigilância são imperativas na prestação de cuidados de enfermagem especializada. Na primeira hora de recobro, a probabilidade de ocorrência de complicações é de 50% (AESOP, 2006).

Nesta fase, os cuidados de enfermagem centram-se na monitorização e manutenção da função respiratória, cardiovascular e neurológica, na prevenção e controlo da dor e náuseas e/ou vómitos, “visando uma recuperação pós-anestésica segura e confortável, a prevenção ou deteção precoce de complicações decorrentes do ato cirúrgico e/ou anestésico, bem como

---

<sup>51</sup> K.1.2.1 da Unidade de Competência K.1.2 da alinha a) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>52</sup> K.3.2.1 da Unidade de Competência K.3.2 da alinha c) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>53</sup> K.3.2.2 da Unidade de Competência K.3.2 da alinha c) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

a rápida e eficaz atuação caso essas complicações venham a ocorrer” (Xavier & Carrilho, 2014, p. 115).

Ao longo do estágio tivemos a oportunidade de colaborar nos cuidados de enfermagem especializada à pessoa durante o pós-operatório imediato, o que permitiu aprofundar conhecimentos sobre os procedimentos cirúrgicos, os fármacos anestésicos, as possíveis complicações anestésico-cirúrgicas, bem como o desenvolvimento de competências na atuação fundamentada, eficaz e em tempo útil (AESOP, 2006). A avaliação de enfermagem inicia-se com a monitorização cardíaca do doente de forma a avaliar a estabilidade hemodinâmica; a função respiratória e neurológica. É verificada a presença de acessos venosos periféricos ou centrais e o ritmo de perfusão da fluidoterapia prescrita; na presença de penso operatório é confirmada a localização e se este se encontra limpo e seco ou repassado externamente; aquando da existência de drenos, devemos avaliar o tipo de drenagem, a localização, a quantidade e as características do conteúdo drenado; frequentemente é necessário a colocação de sonda vesical no pré ou intra-operatório, sendo relevante o registo do débito urinário e, se indicado, a realização de balanço hídrico (AESOP, 2006; Xavier & Carrilho, 2014). Segundo a AESOP (2006), os diagnósticos de enfermagem mais comuns no pós-operatório imediato são a obstrução da via aérea; a hipoventilação; a hipotensão; a hipotermia<sup>54</sup>; a dor; as náuseas e os vómitos.

Fernandes *et al* (2015, p. 22) afirmam que é fundamental que os “cuidados de enfermagem sejam centrados na família, numa parceria de cuidados, o que obriga a algumas mudanças de atitudes dos enfermeiros”. No entanto, evidenciámos que na unidade onde decorreu o módulo III são os próprios enfermeiros os promotores da mudança de atitude ao aproximar e integrar a família nos cuidados de saúde, nomeadamente numa fase pós-operatória, conforme indicado pela AESOP (2006).

Através da colaboração com a enfermeira tutora, enquanto desempenhava funções de gestão e liderança, tivemos a oportunidade de compreender a sua importância para a eficiência, efetividade e eficácia dos cuidados de saúde prestados no Bloco Operatório.

A gestão do Bloco Operatório deverá mobilizar os recursos humanos, materiais e físicos disponíveis com objetivo de assegurar a rentabilização máxima, sem desperdícios e permitindo dar resposta às constantes exigências (Pegado, 2010). Considerámos

---

<sup>54</sup> Temperatura corporal inferior a 36°C

fundamental para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão, alargar a nossa visão sobre todas as áreas que a constituem e compreender a sequência lógica de todas as fases, dos intervenientes (internos e externos) e da fundamentação teórica e científica das tomadas de decisão, como forma de manter um *continuum* da qualidade e segurança para a pessoa e os profissionais de saúde. A partilha de conhecimentos, experiências e reflexões com a enfermeira tutora permitiram o desenvolvimento do pensamento crítico, antecipatório e fundamentado, bem como a construção da nossa identidade profissional. Relativamente à liderança, entendemos o nosso desenvolvimento de competências fundamentadas nos saberes da enfermagem, na evidência clínica e investigação avançada como capacitador do agir perante situações complexas e, deste modo, sermos reconhecidos pelos nossos pares como elementos de referência promotores de motivação e desenvolvimento profissional.

Através da realização da Revisão Sistemática da Literatura, concluímos que a avaliação da dor é uma etapa crucial para o adequado controlo e tratamento da dor na pessoa idosa com demência avançada. De acordo com Mosele *et al* (2012), os indicadores da escala PAINAD são apropriados para a avaliação da dor no idoso com demência avançada.

Os obstáculos na utilização das escalas da dor nos idosos com demência avançada são a variação dos sinais observáveis: uma pessoa poderá tornar-se apática, recusar a alimentação e manter-se calma quando outra pessoa poderá manifestar agitação psicomotora e, inclusivamente, tornar-se agressiva. Ambos os comportamentos poderão ser sugestivos de dor. Contudo, dificilmente poderão ser retratados numa escala de avaliação. Por isso, apesar da utilidade de um instrumento de avaliação da dor, devemos desenvolver competências na antecipação e assumir a presença da dor de acordo com a patologia, o traumatismo, procedimento ou intervenção cirúrgica; realizar uma avaliação inicial e contínua de modo a compreender o comportamento típico da pessoa idosa com demência, nomeadamente avaliar o comportamento da mesma quando em atividade (por exemplo nos posicionamento, transferências, levante), pois em repouso o comportamento poderá não ser fiável (como indicador de dor); quando em dúvida devemos recorrer a uma intervenção farmacológica e caso o comportamento se altere devemos pressupor que realmente a pessoa tinha dor e conseguinte promover a continuidade dos cuidados (Herr, Bjoro & Decker, 2006).

Deste modo, alertados para os desafios e a importância da avaliação da dor no idoso com demência, estabelecemos o objetivo específico:

1. *Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na avaliação da dor na pessoa idosa com demência em contexto de perioperatório.*

Em Portugal, existe a escala DOLOPLUS 2, direcionada para a avaliação da dor crónica em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas; e a escala PAINAD-PT, que pretende avaliar a dor (todos os tipos) em idosos com demência (OE, 2008, p. 38). Após realização de revisão da literatura considerámos que a utilização da escala PAINAD-PT para a avaliação da dor na pessoa idosa com demência, pelas suas boas propriedades psicométricas, por avaliar todos os tipos de dor e por ser de aplicação fácil e rápida, seria uma mais-valia para a qualidade dos cuidados desenvolvidos no perioperatório (Herr, Bjoro & Decker, 2006).

A escala de dor PAINAD-PT<sup>55</sup> foi elaborada com base na escala *Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer Type* (DS-DAT) e na escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC). Permite avaliar a dor em repouso como também durante os cuidados, em idosos com dor aguda ou crónica. É composta por cinco indicadores: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade; cada um deles pontuado de 0 a 2 pontos. Quanto maior for a pontuação, maior o grau de intensidade da dor. A escala já foi traduzida e validada em vários países<sup>56</sup> (Batalha *et al*, 2012).

Ao longo dos anos, os enfermeiros têm investido na sua formação e no desenvolvimento contínuo dos diversos conhecimentos que caracterizam a sua prática clínica, visando o aperfeiçoamento profissional e a excelência dos cuidados de enfermagem. A formação “emerge como um pilar fundamental num processo contínuo desde a formação inicial até às atividades de formação contínua desenvolvidas ao longo da vida” (Rego, 2015, p. 43).

Segundo Menoita (2011), citado por Rego (2015, p. 40), a formação em serviço tem como objetivo contextualizar o “conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem”. José Neves (2003) citado por Rocha (2010) refere que a formação promove e incentiva o aprofundamento das competências e do desenvolvimento pessoal, mas também a capacidade de absorver novos conhecimentos, trabalhar em equipa, a flexibilidade, a autonomia e a liderança. Rego (2015) acrescenta a particularidade da formação em serviço se desenrolar em simultâneo com a prática profissional, repercutindo na resolução de problemas específicos do serviço. Devido ao seu caráter prático, promove a

---

<sup>55</sup> Validada para a população portuguesa em 2012 por Batalha *et al* – PAINAD-PT, versão portuguesa.

<sup>56</sup> Singapura, Bélgica, Itália, Países Baixos, Alemanha e Estados Unidos

reflexão crítica sobre os processos de agir e as suas competências, permitindo a correção de comportamentos através da consolidação de conhecimentos e a prática clínica vivida no determinado serviço.

Deste modo, considerámos que seria um contributo para a qualidade dos cuidados prestados no serviço a realização de uma formação em serviço destinada aos enfermeiros e anestesiológicos com o objetivo de promover o desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação da dor no idoso com demência; sensibilizar para o desafio da avaliação da dor no idoso com alterações cognitivas; e, dar a conhecer a escala de avaliação da dor na pessoa idosa com demência – PAINAD, validada para a população portuguesa (PAINAD-PT) em 2012.

Numa fase inicial, como análise da situação e justificação da necessidade formativa, apresentámos a revisão da literatura<sup>57</sup> à Enfermeira Tutora responsável pela supervisão do módulo III, ao Professor Orientador, ao Enfermeiro (Especialista e Mestre) em funções de chefia e ao Diretor do Serviço de Bloco Operatório, Anestesiológico e responsável pela Consulta da Dor. A discussão sobre a pertinência e os contributos do tema para a prática clínica permitiu desenvolver competências na análise e raciocínio crítico, assim como na reflexão sobre *as implicações da investigação*<sup>58</sup>.

Consequentemente avançámos para a elaboração do planeamento da sessão de formação, onde foram definidos os objetivos da sessão; os temas a abordar para atingir os objetivos definidos; planeados os recursos e as metodologias mais adequadas para a apresentação; e estabelecido o tempo para cada componente da formação (ver Apêndice II). O planeamento permitiu estruturar uma linha de pensamento e de atuação, fundamentais para o sucesso da formação (Carvalho & Carvalho, 2006). Como forma de divulgar a sessão de formação em serviço, foi afixado no Gabinete de Enfermagem um panfleto com a informação sobre o tema; os formadores; o dia, local e hora; e os orientadores (ver Apêndice III).

De referir o contributo do Diretor do Bloco Operatório, que atenciosamente contribuiu para o nosso desenvolvimento de competências, nomeadamente na *gestão diferenciada e eficaz*

---

<sup>57</sup> Segundo Rego (2015), a revisão da literatura permite conhecer a atualidade de uma determinada temática bem como as suas limitações, e assim, contribui para o desenvolvimento do saber.

<sup>58</sup> Domínio da Melhoria da Qualidade definido pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

*da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas- para alívio da dor*<sup>59</sup>, partilhando os seus conhecimentos aprofundados; e, ainda, aceitando o convite de apresentar o tema introdutório à formação - “A dor no perioperatório”.

Foi notória a participação da equipa, tendo em conta que esta é constituída por quarenta enfermeiros. Sendo que a participação foi de vinte enfermeiros. Tivemos a oportunidade de partilhar perspetivas sobre os desafios da avaliação da dor no idoso, surgiram momentos de reflexão fundamentada e, ainda, a médio prazo, o objetivo de integrar a escala no programa informático “Metavision®”, de forma a facilitar a sua implementação nos cuidados de saúde. (Ver Apêndice IV)

No final da sessão, distribuámos questionários de avaliação da formação aos elementos que tiveram a oportunidade de participar na mesma, com o objetivo de classificarem a avaliação global da formação; avaliação dos conteúdos programáticos; avaliação do formador; e a avaliação da organização e recursos de apoio (ver Apêndice V)

Posteriormente, analisámos os questionários, tendo sido possível determinar que contribuimos para o *desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*<sup>60</sup> bem como identificámos corretamente as *necessidades formativas na sua área de especialização*<sup>61</sup>. (Ver Apêndice VI).

Este momento formativo permitiu-nos desenvolver competências na divulgação de *aspetos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral*<sup>62</sup>, comunicação de *resultados da sua prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas*<sup>63</sup>, *compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência*<sup>64</sup> e, participação e promoção *na investigação em serviço na sua área de especialização*<sup>65</sup>.

Elaborámos um portfólio com artigos científicos acerca a identificação e abordagem à dor na pessoa idosa com demência e, ainda, realizámos cartões plastificados com a escala

---

<sup>59</sup> Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

<sup>60</sup> Ponto 25 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>61</sup> Ponto 27 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>62</sup> Ponto 2 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>63</sup> Ponto 6 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>64</sup> Ponto 20 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

<sup>65</sup> Ponto 22 das Competências a desenvolver segundo o “Guia de Estágio”

PAINAD-PT, tendo ficado disponíveis para consulta no serviço. Assim, promovemos a *incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados*, conforme preconizado pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

O objetivo específico definido permitiu desenvolver competências no *domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, nomeadamente enquanto *facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*<sup>66</sup>, no suporte da *prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade*<sup>67</sup> e, ainda, na *planificação de programas de melhoria contínua*<sup>68</sup>, o que enriqueceu significativamente o nosso percurso.

É impossível não sentirmos um profundo agradecimento a toda a equipa multidisciplinar pela partilha de conhecimentos e de experiências, e por amavelmente nos acolherem no seu serviço. Conhecemos uma realidade desafiante e complexa. Constatámos a forma como a equipa atua e se complementa, em tão perfeita simbiose. Por detrás da máscara “escondem-se” profissionais de saúde dedicados ao Outro. Na verdade, observámos um Cuidar transparente de sentimentos e emoções. Através do olhar, conseguimos comunicar desde os momentos de elevada tensão até aos momentos de alegria e cumplicidade. O olhar revela-se como universal, aliás, terminamos o nosso percurso com a recordação de um momento em particular da enfermagem transcultural no perioperatório: o momento em que uma grávida, de cultura indiana e que não sabia falar português, deu entrada no BO para ser submetida a uma cesariana de urgência. Tivemos a oportunidade de contribuir na promoção de um ambiente acolhedor e consciente no *respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança de um indivíduo*<sup>69</sup>. Surgiu o momento de silêncio e tensão na sala operatória. Sentámo-nos ao lado da grávida, demos-lhe a mão e comunicámos - sem palavras. Não foram necessárias, sabíamos que nos compreendíamos, sendo um exemplo da forma como a *implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica*<sup>70</sup> permite ajudar a vivenciar momentos

---

<sup>66</sup> Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais definido pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<sup>67</sup> Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais definido pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<sup>68</sup> Domínio da Melhoria da Qualidade definido pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<sup>69</sup> Domínio da Melhoria da Qualidade definido pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<sup>70</sup> 4.1 – “A satisfação do cliente” do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

complexos e causadores de *stress*. Assim que ouvimos o choro do bebé viveu-se um momento de enorme emoção e felicidade. Não poderíamos terminar com melhor exemplo do que é a enfermagem perioperatória.



## CONCLUSÃO

O saber profissional de enfermagem é resultado de um complexo processo de aprofundamento de conhecimentos, assente numa prática crítico-reflexiva. Segundo Le Boterf (2003), a competência é adquirida através da experiência e de uma prática reflexiva. Desenvolvemos competências através da capacidade de mobilizar, articular e transpor recursos e conhecimentos com a finalidade de gerir e lidar com situações complexas de cuidados. Benner (2001) afirma que é através da experiência que o enfermeiro aprende a priorizar e a seleccionar o que realmente é relevante numa determinada situação, pois compreende o seu verdadeiro significado.

Através do Estágio, composto pelos três módulos, tivemos a oportunidade de colaborar na prestação de cuidados de enfermagem especializada à pessoa em situação crítica e sua família, em diferentes contextos, permitindo assim o desenvolvimento de competências éticas, deontológicas, científicas, técnicas e relacionadas inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Foi um percurso pautado pelo esforço e dedicação, por desafios e dificuldades, visando a constante busca pela melhor evidência científica como forma de incorporá-la na nossa prática clínica especializada. Foi nosso objetivo, ao longo de todos os momentos de aprendizagem, tomar consciência e olhar verdadeiramente para o Outro, com todos os seus medos e angústias, desejos e aspirações. Esse processo exigiu de nós a capacidade de analisarmos e compreendermos qual é a nossa verdadeira identidade profissional. Esse autodesenvolvimento apenas surge através da reflexão e análise crítica da prática profissional, dos sentimentos e pensamentos que lhes são inerentes e, também, da consciência dos nossos limites. Estes serão, por conseguinte, os elementos preponderantes que irão influenciar uma tomada de decisão e um agir consciente, ético e moral.

A elaboração do presente Relatório, através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, permitiu-nos a consciencialização do caminho percorrido e da nossa evolução profissional e académica. Refletimos sobre os contributos proporcionados pelas vivências e pela partilha de conhecimentos dos profissionais de saúde para o desenvolvimento das nossas competências. Fundamentamos a nossa intervenção nos vários saberes que constituem a enfermagem de forma de darmos resposta às questões complexas de saúde.

Demonstrámos consciência crítica e capacidade de refletir na e sobre a prática clínica, designadamente na identificação de oportunidades de melhoria na nossa área de especialização. Nomeadamente, a avaliação da dor na pessoa idosa com demência avançada. Através da investigação especializada mapeámos evidência científica crucial para o nosso desenvolvimento de competências; para a sensibilização dos profissionais de saúde, bem como na implementação de estratégias que permitem responder às necessidades dum grupo vulnerável, que é a pessoa idosa com demência avançada.

Não ficamos por aqui. A procura pelo aperfeiçoamento das competências desenvolvidas ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica implica uma constante atualização e investigação, como forma a promovermos a excelência dos cuidados de enfermagem especializada. Sentimo-nos capacitados para continuar a ampliar, aprofundar e aplicar as competências inerentes ao enfermeiro especialista.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alminhas, S. (2007). Cuidar da pessoa no serviço de urgência. *Revista Sinais Vitais* 75: 57-60.

Alves, F., Caeiro, D., Lourenço, F., Sampaio, C. & Pinho, J. (2016). *ECMO: ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*. Porto: Associação de Apoio ao Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto.

Alzheimer's Disease Internacional & Organização Mundial de Saúde. (2012). *Demência: A public health priority*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Da filosofia à prática dos cuidados*. 2.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusodidacta.

Balsanelli, A. & Cunha, I. (2006). Liderança no contexto de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 40 (1): 117-122.

Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *pain assessment in advanced dementia*. *Revista De Enfermagem Referência, III Série* (8): 7-16.

Beckstrand, R., Callister, L., & Kirchhoff, K. (2006). Providing a “good death”: Critical care nurses suggestions for improving end-of-life care. *American Journal of Critical Care*, 15 (1): 38-45.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bilbao, M. (2005). Enfermeiro instrumentista – sim ou não? *AESOP Revista*, 18: 7-12.

Borges, J., & Botelho, S. (2013). *Ventilação não invasiva: Uma prática fundamentada em evidência científica*. *Nursing.pt*. Retrieved 1 March 2018, from <http://www.nursing.pt/ventilacao-nao-invasiva-uma-pratica-fundamentada-em-evidencia-cientifica/>

Carezzato, N., Valera, G., Vale, F., & Hortense, P. (2014). Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. *Dementia & Neuropsychologia*, 8 (2): 99-106.

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência.

Chatelle, C., Vanhaudenhuyse, A., Mergam, A., Val, M., Majerus, S. & Boly, M. et al. (2008). Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Revue Medicale De Liege*, 63 (5-3): 429-437.

Corbett, A., Achterberg, W., Husebo, B., Lobbezoo, F., de Vet, H., & Kunz, M. et al. (2014). An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the pain assessment in impaired cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology*, 14 (1): 2-14.

Correia, M. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. (Dissertação de doutoramento). Universidade de Lisboa.

Cruz, M. & Zamora, V. (2013). Ventilação mecânica não invasiva. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 12 (3): 92-101.

Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. (Dissertação de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

Deodato, S. (2017). *Direito da saúde: Coletânea de legislação anotada*. 2.<sup>a</sup> Edição. Coimbra: Edições Almedina.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática dos cuidados*. Coimbra: Editora Formasau.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados intensivos: Recomendações para o desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas. Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma da direção-geral da saúde: Precauções básicas do controlo da infeção*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados de emergência e urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., & Gonçalves, L. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (7): 21-30.

Ferreira, A., Rocha, E., Lopes, C., Bachion, M., Lopes, J. & Barros, A. (2015). Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: Mapeamento cruzado e Taxonomia de NANDA-I. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (2): 285-293.

Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S., & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15 (4): 655-667.

Ferrito, C. (2014). Conceitos básicos da enfermagem perioperatória. In Duarte, A & Martins, O. (Coord.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3-9). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas

Fortin, M. & Bouchard, L. (2009). Caring for individuals at the end of life in a curative care unit: Privileges and heartbreaks. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 19 (3): 110-116.

Freire, S., Freire, I., Pinto, J., Vasconcelos, Q. & Torres, G. (2012). Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16 (4): 761-766.

Freitas, P. (2012). Protocolo de triagem de manchester: A gestão de risco como missão do serviço de urgência. In Ponce, P. (Coord.) *Manual de urgências e emergência*, (pp. 1-7). 2ª Edição. Lisboa: Lidel.

Glen, S. & Jownally, S. (1995). Privacy: A key nursing concept. *British Journal of Nursing*, 4 (2): 69-72.

Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. Lisboa: Sábado.

Gutierrez, B. & Ciampone, M. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41 (4): 660-667.

Han, S., Kim, Y., Park, J., & Moon, Y. (2017). Assessment of pain in the elderly: A literature review. *The National Medical Journal Of India*, 30 (4): 203-207.

Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 31 (2): 170-192.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Internacional Association for Study of Pain. (1994). Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In *Classification of chronic pain*. 2.<sup>a</sup> Edição.

Jesus, J. & Abreu, V. (2014). Humanização em bloco operatório. In Duarte, A & Martins, O. (Coord.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 39-46). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: Vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Kirby, R., Taylor, R. & Civetta, J. (2000). *Manual de terapia intensiva*. 2.<sup>a</sup> Edição. São Paulo: Editora Manole.

Kelley, A., Siegler, E., & Reid, M. (2008). Pitfalls and recommendations regarding the management of acute pain among hospitalized patients with dementia. *Pain Medicine*, 9 (5): 581-586.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19: 1178-1184.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro.

Machado, K., Pessini, L., & Hossne, W. (2007). A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: Um olhar da bioética. *Bioethikos – Centro Universitário de S. Camilo*, 1 (1): 34-42.

Marcelino, P. (2008). *Manual de ventilação mecânica no adulto: Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência.

Maruiti, M. & Galdeano, L. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enfermagem*, 30 (1): 37-43.

Matos, C., & Henriques, J. (2013). Dor no doente idoso com demência. *Dor*, 21: 5-10.

McAuliffe, L., Brown, D., & Fetherstonhaugh, D. (2012). Pain and dementia: An overview of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 7 (3): 219-226.

Morgado, M. (2012). A vivência dos enfermeiros perante a morte e o processo de morrer em cuidados intensivos. (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto.

Mosele, M., Inelmen, E., Toffanello, E., Girardi, A., Coin, A., Sergi, G., & Manzato, E. (2012). Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 34 (1): 38-43.

Neil, R. (2002). Jean Watson: Filosofia e ciência do cuidar. In Tomey, A. & Alligood, M. (Coord.) *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*, (pp. 163-184). Loures: Lusociência.

Neto, T. (2003). *Nutrição clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nunes, L. (2006). *Justiça, poder e responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Nunes, M. (2009). Envelhecimento cognitivo: Principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos De Saúde*, 2 (2): 19-29.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos caos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. *Cadernos OE I Série* (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Passsarini, J., Zambon, L., Morcillo, A., Kosour, C. & Saad, I. (2012). Utilização da ventilação não invasiva em edema agudo do pulmão e exacerbação da doença pulmonar obstrutiva crônica na emergência: preditores de insucesso. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 24 (3): 278-283.

Pegado, A. (2010). *Gestão de bloco operatório: Modelos de gestão e monitorização*. (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa.

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pieper, M., Achterberg, W., Francke, A., Steen, J., Scherder, E. & Kovach, C. (2011). The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in Advanced dementia patients (STA OP!): A clustered randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 11 (12): 1-11.

Póvoa, P. (2012). Ventilação não invasiva. In Ponce, P. (Coord.) *Manual de urgências e emergência*, (pp. 84-88). 2ª Edição. Lisboa: Lidel.

Rech, T. & Filho, É. (2007). Manuseio do potencial doador de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (2): 197-204.

Rego, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Regulamento 122/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35 – 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Regulamento 124/2011 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º 35 – 2ª série*. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Decreto-Lei n.º 161/96*, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo *Decreto-Lei n.º 104/98* de 21 de abril).

Ribeiro, A. & Cardoso, A. (2007). Dor: Um foco da prática dos enfermeiros. *Dor*, 15: 6-15.

Riley, B. (2000). *Comunicação em enfermagem*. 4.ª Edição. Loures: Lusociência.

Rocha, A. (2010). *Gestão de recursos humanos na administração pública*. 3.ª Edição. Lisboa: Escolar Editora.

Rodrigues, M., Santana, L. & Galvão, I. (2017). Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. *Revista de Medicina (São Paulo)*, 96 (4): 278-280.

Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society. (2007). The assessment of pain in older people: National guidelines. *Concise guidance to good practice series* 8. Londres: Royal College of Physicians of London.

Sampson, E., White, N., Lord, K., Leurent, B., Vickerstaff, V., Scott, S., & Jones, L. (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards. *PAIN*, 156 (4): 675-683.

Schofield, P. (2014). The Assessment and management of peri-operative pain in older adults. *Anaesthesia*, 69 (1): 54-60.

Serrano, I. (2014). Instrumentos cirúrgicos. In Duarte, A & Martins, O. (Coord.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 151-182). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

Silva, E. & Campos, L. (2007). Passagem de plantão na enfermagem: Revisão da literatura. *Cogitare de Enfermagem*, 12 (4): 502-507.

Silva, P. (2007). “Enfermagem avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2): 11-20.

Silva, S., Nascimento, E., & Salles, R. (2012). Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: Uma construção coletiva. *Texto & Contexto*, 21 (4): 837-844.

Smeltzer, S. (2005). *Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica*. 9.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Soares, A. (2014). *Intervenções de enfermagem ao cliente submetido a ventilação não-invasiva no serviço de urgência*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.

Teixeira, J. (2006). Conceitos de triagem. In Ponce, P. & Teixeira, J. (Coord.). *Manual de urgências e emergências* (pp. 327-335). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A Davis.

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2006). *Enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. 5.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusodidacta.

Viegas, C. & Névoa, I. (2014). Recursos humanos. In Duarte, A & Martins, O. (Coord.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 3-9). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar - Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

World Health Organization. (2016). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Geneva: World Health Organization.

Xavier, F. & Carrilho, S. (2014). Cuidados pós-operatórios. In Duarte, A & Martins, O. (Coord.). *Enfermagem em bloco operatório* (pp. 115-122). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

Zangão, M. (2016). *Desenvolvimento de competências relacionais: Na preservação da intimidade durante o processo de cuidar*. Lisboa: Chiado Editora.

Zwakhalen, S., Hamers, J., Abu-Saad, H. & Berger, M. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain Assessment tools. *BMC Geriatrics*, 6 (3): 1-15.

# APÊNDICES



## Apêndice I

Avaliação da dor no idoso  
institucionalizado com demência – *a*  
*scoping review protocol*



## **Avaliação da dor na pessoa idosa com demência severa institucionalizada: *a scoping review protocol***

Clara Pereira\*<sup>1</sup>

Second Reviewer<sup>2</sup>

Third Reviewer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal*

<sup>2</sup> Secondary reviewer affiliation

<sup>3</sup> Third reviewer affiliation

**\*Corresponding author:**

Clara Pereira

Endereço eletrónico/

Email address: clara.mcp92@gmail.com

### ***Background***

“A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual atual ou potencial, ou descrita em termos dessa lesão” (International Association for Study of Pain, 1994). É um fenómeno subjetivo e multifatorial, que interfere com a qualidade de vida da pessoa. Constitui uma experiência individual.

A pessoa é a melhor avaliadora da sua própria dor, pelo que o autorrelato é considerado como o *gold standard* da avaliação da dor. No entanto, existem várias barreiras ao controlo da dor que surgem ao longo do ciclo vital, em particular nos grupos mais vulneráveis (Ordem dos Enfermeiros, 2008), nomeadamente no idoso com demência severa (Carezzato, *et al.*, 2014).

A população mundial está a envelhecer (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012). Estima-se que no espaço geográfico de Portugal a população tenderá a diminuir de 10,3 para 7,5 milhões e que o número de idosos aumentará de 2,1 para 2,8 milhões até 2080 (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Consideram-se as pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superiores a 65 anos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006). Com o envelhecimento surgem alterações bioquímicas, psicológicas e funcionais, que determinam

carências progressivas na adaptação da pessoa ao meio ambiente (Filho & Netto, 2000). Trata-se de um processo natural e inevitável que faz parte do ciclo da vida, e que acarreta *défices e perdas ao nível cognitivo e comportamental* (Nunes, 2009). Existem diversas teorias que procuram explicar o fenómeno do envelhecimento, concordando todas que é um fenómeno universal e intrínseco ao organismo. Com o envelhecimento aumentam as doenças crónicas, os distúrbios comportamentais, os traumatismos como consequências de acidentes e *instala-se na pessoa uma progressiva perda de raciocínio abstrato e da comunicação verbal* (Batalha, et al., 2018).

Em 2010, em termos mundiais, havia cerca de 35.6 milhões de pessoas a viver com demência. Estima-se que este número duplique a cada 20 anos, ou seja, em 2030 prevê-se a existência de cerca de 65.7 milhões de pessoas com demência (OMS, 2012). A demência caracteriza-se como doença neurodegenerativa, crónica e progressiva, que provoca deficiência cognitiva severa, perda de linguagem e incapacidade de realizar as suas atividades de vida diárias (Herr, *et al*, 2006; Corbett, *et al.*, 2014; Chatelle, *et al.*, 2008). A demência manifesta-se de forma singular em cada pessoa, e está dividida em três fases: inicial, moderada e avançada (OMS, 2012). Na demência avançada a pessoa torna-se totalmente dependente nas atividades de vida diárias. Frequentemente, apresenta confusão no tempo e no espaço; incapacidade de compreender o ambiente que a rodeia; inabilidade em reconhecer familiares e amigos; e apresenta um declínio acentuado na capacidade funcional, ficando a sua vida confinada a uma cadeira-de-rodas ou cama. As alterações comportamentais são evidentes e podem incluir a agressão e agitação psicomotora (OMS, 2012).

As alterações causadas pela demência progridem gradualmente. No decurso da doença, cerca de 90% dos idosos apresentam sintomas psicológicos e comportamentais como agitação, agressão e psicose; assim como depressão e apatia, porventura sinalizando dor (Corbett, *et al.*, 2014). As causas dos sintomas anteriormente descritos são frequentemente complexas, multifatoriais; associadas com fatores genéticos, alterações neurodegenerativa e, também quando não existe resposta às suas necessidades, nomeadamente quando a dor é sub-reconhecida e sub-tratada (Sampson, *et al.*, 2015).

As principais causas físicas de dor no idoso, com e sem demência, são doenças do sistema musculoesquelético, traumatismos decorrentes de quedas, assim como a nível de patologias

respiratórias, do trato urinário e, também, de úlceras de pressão, quando confinados ao leito (Corbett, *et al.*, 2014). A persistência da dor provoca graves consequências como a depressão, o declínio funcional e cognitivo, distúrbios no sono, isolamento social e o aumento dos custos e utilização dos serviços de saúde (Herr, Bjoro & Decker, 2006).

A dor é sub-reconhecida e sub-tratada nos idosos, nomeadamente nos idosos com demência (Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society, 2007; Sampson, *et al.*, 2015). A percepção de dor da pessoa, que é o idoso, enraíza-se na conceção pessoal, construída ao longo dos anos, e não se altera significativamente na vivência, acarretando dificuldades na expressão, quando há demência (Mosele *et al.* 2012). Ou seja, vive a dor no mesmo padrão, não conseguindo relatar de forma verbal, pois a capacidade de comunicação está frequentemente alterada. Numa fase inicial da avaliação da dor, o profissional de saúde deverá questionar a existência de dor, no entanto, *devemos ter em mente que o número de queixas expressas de dor tende a diminuir com a evolução da demência* (Matos & Henriques, 2013). A ausência do autorrelato de dor no idoso com alterações cognitivas não deve ser interpretada como a inexistência de dor. Kelley *et al.* (2008), afirmam que o facto de a pessoa idosa com demência ser incapaz de reportar adequadamente que tem dor interfere com o controlo eficaz da dor. Portanto, devem ser implementadas medidas que permitam avaliar adequadamente a dor no idoso com demência severa, nomeadamente a utilização de escalas de avaliação da dor desenvolvidas e validadas especificamente para a população idosa com demência avançada (Carezzato *et al.* 2014). Devem ser incorporadas na prática clínica as escalas não-verbais para avaliação da dor no idoso com demência severa incapaz de comunicar (Matos & Henriques, 2013).

A OMS (2015) afirma que *mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam vidas dignas*. A dor tem um impacto profundo na qualidade de vida do idoso com demência (Herr, Bjoro & Decker, 2006; Kim, Park & Han, 2017). Assim, o desenvolvimento de boas práticas e o compromisso na abordagem e controlo eficaz da dor é fundamental para a promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa (Ribeiro & Cardoso, 2007; Royal College of Physicians, 2007; OE, 2008). A melhoria da avaliação e controlo da dor deverá, portanto, ser uma prioridade para os profissionais de saúde (McAuliffe, Brown & Fetherstonhaugh, 2012). Assim, quanto mais aprofundado for o conhecimento sobre a dor, como se manifesta e qual o padrão de respostas vividas pela pessoa, melhor será a resposta assistencial (Ribeiro & Cardoso, 2007).

Numa fase inicial, realizámos uma Revisão Sistemática da Literatura com o objetivo de mapear evidência científica sobre quais os fatores intervenientes, neste caso, dificultadores, para o processo de avaliação da dor no idoso institucionalizado com demência avançada. Concluímos, após análise dos resultados obtidos, que para a avaliação da dor na pessoa idosa com demência, em fase inicial a moderada, poderá ser utilizada a Escala de Avaliação Numérica, a Escala Visual Analógica, a Escala de Faces e a Escala Qualitativa. No entanto, o idoso com demência avançada é frequentemente incapaz de reportar a sua dor, pelo que é recomendado a aplicação de escalas observacionais. Deste modo, propomos a realização de uma *scoping review* com o objetivo de identificar e mapear quais as escalas de avaliação da dor para a pessoa idosa com demência avançada institucionalizado atualmente existentes.

### **Objetivo e Questão de Investigação - *Objective and Review question***

O objetivo da presente *scoping review* é identificar e mapear evidência sobre os instrumentos de avaliação da dor na pessoa idosa com demência severa atualmente existentes. Deste modo, pretendemos responder às questões de investigação:

- Quais os instrumentos de avaliação da dor para a pessoa idosa institucionalizada com demência avançada atualmente existem?

### **Palavras-chave - *Keywords***

Pain assessment; Pain Measurement; Advanced Dementia; Aged; Aged, 80 and over; Elderly

### **Metodologia – *Methods***

A metodologia da presente *scoping review* será utilizada de acordo com o Manual – “The Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews”.

### **CrITÉRIOS de Inclusão - *Inclusion criteria***

#### **População - *Participants***

Na *scoping review* serão considerados como participantes: os estudos com pessoas de idade igual ou superior a 65 anos de idade, com demência severa.

#### **Conceito - *Concept***

O conceito fundamental que será abordado na *scoping review* é a avaliação da dor (todos os tipos de dor).

### **Contexto - *Context***

Serão considerados estudos realizados com idosos com demência severa, institucionalizados, em contexto de lar ou internamento hospitalar.

### **Tipos de estudos - *Study types***

Serão considerados estudos qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas da literatura, centradas na avaliação da dor no idoso com demência avançada.

Serão incluídos artigos escritos em inglês, espanhol e português, sem limitação de ano de publicação.

### **Estratégia de pesquisa - *Search strategy***

Numa fase inicial foi realizada uma pesquisa limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL através da plataforma EBSCO, com o objetivo de identificar os artigos existentes sobre o tema; seguido duma análise dos termos utilizadas no título e resumo; e identificar os descritores indexados utilizados para descrever os artigos. Com a pesquisa inicial foi possível determinar a linha orientadora para a *scoping review*, nomeadamente as palavras-chave e os termos indexados que serão utilizados.

As bases de dados utilizadas serão:

- MEDLINE *complete* (by EBSCO)
- CINAHL *complete* (by EBSCO)
- Cochrane Library, incluindo Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) (by EBSCO)
- LILACS
- PubMed
- Scielo – Scientific Electronic Library Online

As bases de dados para os artigos não-publicados serão:

- RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
- Open Grey

- Theses base CAPES

Os estudos encontrados serão analisados quanto à sua relevância para a revisão, baseado na informação disponível no texto e resumo, por dois revisores.

Apenas serão incluídos os estudos que estejam disponíveis em texto integral.

### **Extração de dados - *Data extraction***

Os dados serão extraídos dos estudos selecionados através de uma tabela utilizando o Microsoft Excel (Apêndice I) com o objetivo de selecionar evidência que responderá à questão da *scoping review*. Este instrumento foi desenvolvido de acordo com a pesquisa preliminar e com a questão de investigação, sendo que no futuro poderão ser realizadas alterações, à medida que a investigação for desenvolvida.

Dois revisores irão extrair os dados de forma independente e um terceiro revisor irá resolver possíveis desentendimentos.

Caso a pesquisa identifique o mesmo estudo, mas publicado em diferentes formatos, apenas o original será selecionado.

### **Síntese de dados - *Data synthesis***

A análise dos estudos que previamente foram revistos será sintetizada e apresentada numa tabela (Apêndice II).

### **Conflitos de interesse - *Conflicts of interest***

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

### **Reconhecimentos - *Acknowledgements***

Os autores gostariam de reconhecer e agradecer o apoio da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na realização do protocolo da *scoping review*, o qual se insere no âmbito da aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

## Referências Bibliográficas – References

- Alzheimer's Disease International & Organização Mundial de Saúde. (2012). *Demência: a public health priority*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *pain assessment in advanced dementia*. *Revista De Enfermagem Referência, III Série* (8): 7-16.
- Carezzato, N., Valera, G., Vale, F., & Hortense, P. (2014). Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. *Dementia & Neuropsychologia*, 8 (2): 99-106.
- Chatelle, C., Vanhaudenhuyse, A., Mergam, A., Val, M., Majerus, S. & Boly, M. et al. (2008). Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Revue Medicale De Liege*, 63 (5-3): 429-437.
- Corbett, A., Achterberg, W., Husebo, B., Lobbezoo, F., de Vet, H., & Kunz, M. et al. (2014). An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the pain assessment in impaired cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology*, 14 (1): 2-14.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas. Portugal.
- Han, S., Kim, Y., Park, J., & Moon, Y. (2017). Assessment of pain in the elderly: A literature review. *The National Medical Journal Of India*, 30 (4): 203-207.
- Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 31 (2): 170-192.
- Internacional Association for Study of Pain. (1994). Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In *Classification of chronic pain* (2.<sup>a</sup> Ed) (pp. 210-213).
- Kelley, A., Siegler, E., & Reid, M. (2008). Pitfalls and recommendations regarding the management of acute pain among hospitalized patients with dementia. *Pain Medicine*, 9 (5): 581-586.

Matos, C., & Henriques, J. (2013). Dor no Doente Idoso com Demência. *Dor*, 21, p. 5-10.

McAuliffe, L., Brown, D., & Fetherstonhaugh, D. (2012). Pain and dementia: An overview of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 7 (3): 219-226.

Mosele, M., Inelmen, E., Toffanello, E., Girardi, A., Coin, A., Sergi, G., & Manzato, E. (2012). Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 34 (1): 38-43.

Nunes, M. (2009). Envelhecimento cognitivo: Principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos De Saúde*, 2 (2): 19-29.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. *Cadernos OE I Série* (1).

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Ribeiro, A. & Cardoso, A. (2007). Dor: um foco da prática dos enfermeiros. *Dor*, 15: 6-15.

Royal College of Physicians, British Geriatrics Society & British Pain Society. (2007). The assessment of pain in older people: National guidelines. *Concise guidance to good practice series* 8. Londres: Royal College of Physicians of London.

Sampson, E., White, N., Lord, K., Leurent, B., Vickerstaff, V., Scott, S., & Jones, L. (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards. *PAIN*, 156 (4): 675-683.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

## Apêndice I: Instrumento de extração de dados

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Título da revisão:</b> Avaliação da dor no idoso institucionalizado com demência severa: a <i>scoping review protocol</i>                                                                                                                                                                               |
| <b>Questões de investigação:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Como se realiza a avaliação da dor no idoso com demência severa?</li><li>2. Quais os fatores que facilitam a avaliação da dor no idoso com demência severa?</li><li>3. Quais os fatores que dificultam a avaliação da dor no idoso com demência severa?</li></ol> |
| <b>Critérios de inclusão (PCC):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>População:</b> Pessoas (sexo masculino ou feminino) com idade igual ou superior a 65 anos, com demência severa.                                                                                                                                                                                         |
| <b>Conceito:</b> A presente <i>scoping review</i> irá considerar a avaliação da dor como <i>core concept</i> .                                                                                                                                                                                             |
| <b>Contexto:</b> Instituição onde são prestados cuidados de saúde a idosos de forma temporária ou por residência, tais como o Hospital ou Lar.                                                                                                                                                             |
| <b>Detalhes e características do estudo extraído:</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Autor (es):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Ano de publicação:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>País de origem:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Base de dados:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Objetivo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>População e amostra do estudo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Contexto (lar/hospital):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Escalas de avaliação da dor:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**Apêndice II: Formulário dos resultados**

| Autor(es)/ Ano<br>de publicação/<br>País | Instrumentos de<br>avaliação da dor | Objetivo | Desenho do<br>estudo | População e<br>amostra | Contexto | Resultados |
|------------------------------------------|-------------------------------------|----------|----------------------|------------------------|----------|------------|
|                                          |                                     |          |                      |                        |          |            |

## Apêndice II

### Plano de Sessão de Formação em Serviço



## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR *PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA*

**Data:** 22-11-17

**Horário:** 15h15

**Destinatários:** Anestesiologistas e Enfermeiros

**Local:** Bloco Operatório

**Preletor:** Clara Pereira (Aluna do Mestrado Natureza Profissional em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

O tema introdutório: “A dor no perioperatório” – será apresentado pelo Dr. João Filipe, Anestesiologista, Diretor do Bloco Operatório e responsável pela Consulta da Dor da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), EPE.

| <b>Etapas</b>          | <b>Conteúdos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Metodologia</b>            | <b>Material</b> | <b>Tempo</b> |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------|
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do preletor.</li> <li>- Apresentação do tema.</li> <li>- Apresentação dos objetivos.</li> </ul>                                                                                                                                                  | Expositivo.                   |                 | 2min.        |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação da dor: competência de enfermagem.</li> <li>- Causas da dor no idoso.</li> <li>- Consequências da dor não controlada.</li> <li>- Diagnósticos de enfermagem: Dor</li> <li>- Avaliação da dor no idoso: Desafios</li> <li>- Escala PAINAD</li> </ul> | Expositivo.                   |                 | 10min.       |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão de conteúdos.</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas</li> </ul>                                                                                                                                                                                         | Expositivo.<br>Participativo. |                 | 10min.       |
| <b>Avaliação</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preenchimento de questionário</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      | Participativo.                | Questionários.  | 8min.        |



## **Apêndice III**

### **“Cartaz” de Divulgação da Sessão de Formação em Serviço**





CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

# **FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

1.º “A dor no perioperatório” –

Dr. João Filipe

2.º Escala de Avaliação da Dor:

*PAINAD-PT (Pain Assessment in Advanced  
Dementia)*

**Data:** 22/11/17

**Local:** Bloco Operatório

**Hora:** 15h15

**Destinatários:** Anestesiologistas e Enfermeiros

**Preletor:** Clara Pereira (Aluna do Curso de Mestrado Natureza Profissional de Médico-Cirúrgica)

**Orientador por:**

- Enfermeira Especialista e Mestre Sofia Rita
- Enfermeiro Especialista e Mestre em Função de Chefia António Páscoa
- Prof. Doutor Sérgio Deodato



## **Apêndice IV**

### **Apresentação da Sessão de Formação em Serviço**





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**  
**MESTRADO NATUREZA PROFISSIONAL –**  
**ENFERMAGEM**  
**MÉDICO-CIRÚRGICA 2016/2017**



**ULSBA**  
Unidade Local de Saúde  
do Baixo Alentejo, EPE

*PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA*

PAINAD-PT (versão portuguesa)

Docente Orientador: Prof. Doutor Sérgio Deodato  
Enfermeiro Orientador: Enf. Especialista e Mestre Sofia Rita  
Estudante: Clara Pereira

## Objetivos:

- Promover o desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação da dor no idoso com demência;
- Sensibilizar para o desafio da avaliação da dor no idoso com alterações cognitivas;
- Dar a conhecer a escala de avaliação da dor – PAINAD.

## Competências de Enfermagem - DOR

---

- Avaliar a dor como 5.º sinal vital;
- Colaborar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção farmacológica e não farmacológica para o controlo da dor;
- Respeitar a autonomia da pessoa, envolvendo-a e à sua família no controlo da dor;
- Assegurar a continuidade dos cuidados, documentando a história da dor, a avaliação da dor e as intervenções implementadas;
- Desenvolver conhecimentos e competências no controlo da dor;
- Promover e apoiar políticas organizacionais favorecedoras do controlo da dor;
- Promover e apoiar a investigação de novas formas de melhorar o controlo da dor.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008).

“A dor é frequentemente subvalorizada nas pessoas idosas e, consequentemente, subtratada e as diversas barreiras à sua manifestação colocam problemas específicos face a um grupo vulnerável com problemas de comunicação, em que a presença de dor tem maior probabilidade de ocorrer.”

(Direção-Geral da Saúde, 2010)

## Principais causas de dor no idoso:

- Osteoartrose
- Neoplasia
- Pós acidente vascular cerebral
- Neuropatia periférica da diabetes
- Enxaqueca
- Fibromialgia
- Dor pós-herpética
- Traumatismo

(Direção-Geral da Saúde, 2010)

## A dor não controlada tem consequências:

- Depressão
- Diminuição da socialização e da capacidade funcional
- Alterações do sono e da marcha
- Maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde
- Aumento do risco de polimedicação e de interações medicamentosas

(Direção-Geral da Saúde, 2010)

## Diagnósticos de enfermagem

- Cognição, comprometida
- Dor
- Conhecimento, déficit
- Conforto, comprometido
- Intolerância à atividade
- Bem-estar psicológico, comprometido
- Déficit do autocuidado

(Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2010)

## Avaliar a dor no idoso com alterações cognitivas - Desafio

| Behavior                      | Examples                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Facial expressions            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Slight frown; sad, frightened face</li><li>• Grimacing, wrinkled forehead, closed/tightened eyes</li><li>• Any distorted expression</li><li>• Rapid blinking</li></ul> |
| Verbalizations, vocalizations | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sighing, moaning, groaning</li><li>• Grunting, chanting, calling out</li><li>• Noisy breathing</li><li>• Asking for help</li><li>• Verbal abusiveness</li></ul>        |
| Body movements                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Rigid, tense body posture, guarding</li><li>• Fidgeting</li><li>• Increased pacing, rocking</li><li>• Restricted movement</li><li>• Gait or mobility changes</li></ul> |

AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(6 suppl):S211.

## Avaliar a dor no idoso com alterações cognitivas - Desafio

| Behavior                                 | Examples                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Changes in interpersonal interactions    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aggressive, combative, resists care</li><li>• Decreased social interactions</li><li>• Socially inappropriate, disruptive</li><li>• Withdrawn</li></ul>                                        |
| Changes in activity patterns or routines | <ul style="list-style-type: none"><li>• Refusing food, appetite change</li><li>• Increase in rest periods</li><li>• Sleep, rest pattern changes</li><li>• Sudden cessation of common routines</li><li>• Increased wandering</li></ul> |
| Mental status changes                    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Crying or tears</li><li>• Increased confusion</li><li>• Irritability or distress</li></ul>                                                                                                    |

AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(6 suppl):S211.

## Escala PAINAD

- A escala da dor PAINAD foi validada para a população portuguesa em 2012
- Foi adaptada com base na escala *Discomfort Scale-Dementia of the Alzheimer Type* (DS-DAT) e na escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC)
- Permite avaliar a dor em repouso como também durante os cuidados, em idosos com dor aguda ou crónica

## Dúvidas

## Referências Bibliográficas

- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(6 suppl):S211.
- Almeida, V. (2015). A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu: Viseu.
- Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V. & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *pain assessment in advanced dementia*. *Revista de Enfermagem Referência* 3(8): 7-12
- Chantelle, C., Vanhaudenhuyse, A., Merqam, A., Val, M., Majerus, Boly, M., Bruno, M. & et al. (2008). Mesurer la douleur chez le patient non communicant. *Revue Médicale de Liège* 63(5-6): 429-437.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.
- Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S. (2006). Tools for Assessment of pain in non-verbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management* 31(2): 170-192.
- Jafari, H., Bergh, O., Vlaeyen, J. & Diest, I. (2017). Pain and respiration: A systematic review. *Pain: International Association for the Study of Pain* 158(6): 995-1006.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor – Guia orientador de boa prática. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros* 1(1).
- Schofield, P. (2014). The Assessment and management of peri-operative pain in older adults. *Anaesthesia* 69(1): 54-60.
- Zwakhalen, S., Hamers, J., Abu-Saad, H. & Berger, M. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain Assessment tools. *Bio Med Central* 6(3): 1-15



**OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!**



## **Apêndice V**

### **Questionário de Avaliação da Sessão de Formação em Serviço**





## Questionário de Avaliação – Formação em Serviço

Temática: \_\_\_\_\_

Preletor: \_\_\_\_\_

A sua opinião sobre a formação que terminou é muito importante pois contribui para um processo de melhoria contínua e o ajustamento dos métodos utilizados em formações futuras. Por favor, marque com um (X) no quadrado que corresponde à avaliação que atribui.

| <b>1 – AVALIAÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO</b>                   | NADA<br>SATISFATÓRIO | POUCO<br>SATISFATÓRIO | SATISFATÓRIO | BASTANTE<br>SATISFATÓRIO | EXTREMAMENTE<br>SATISFATÓRIO |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|------------------------------|
| 1.1 – Apreciação global da formação                       |                      |                       |              |                          |                              |
| 1.2 – Adequação da formação ao seu nível de conhecimentos |                      |                       |              |                          |                              |
| 1.3 – Cumprimento dos objetivos propostos                 |                      |                       |              |                          |                              |
| 1.4 – A formação correspondeu às expetativas              |                      |                       |              |                          |                              |

| <b>2 – AVALIAÇÃO DOS CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>         | NADA<br>SATISFATÓRIO | POUCO<br>SATISFATÓRIO | SATISFATÓRIO | BASTANTE<br>SATISFATÓRIO | EXTREMAMENTE<br>SATISFATÓRIO |
|----------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|------------------------------|
| 2.1 – Pertinência dos conteúdos                          |                      |                       |              |                          |                              |
| 2.2 – Utilidade dos conteúdos                            |                      |                       |              |                          |                              |
| 2.3 – Relevância para a aquisição de novos conhecimentos |                      |                       |              |                          |                              |

| <b>3 – AVALIAÇÃO DO FORMADOR</b> | NADA<br>SATISFATÓRIO | POUCO<br>SATISFATÓRIO | SATISFATÓRIO | BASTANTE<br>SATISFATÓRIO | EXTREMAMENTE<br>SATISFATÓRIO |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|------------------------------|
| 3.1 – Domínio dos conteúdos      |                      |                       |              |                          |                              |
| 3.2 – Clareza da comunicação     |                      |                       |              |                          |                              |
| 3.3 – Relação com o grupo        |                      |                       |              |                          |                              |
| 3.4 – Esclarecimento de dúvidas  |                      |                       |              |                          |                              |

| <b>4 – AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E RECURSOS DE APOIO</b> | NADA<br>SATISFATÓRIO | POUCO<br>SATISFATÓRIO | SATISFATÓRIO | BASTANTE<br>SATISFATÓRIO | EXTREMAMENTE<br>SATISFATÓRIO |
|---------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|--------------------------|------------------------------|
| 4.1 – Divulgação da formação no serviço                 |                      |                       |              |                          |                              |
| 4.2 – Tempo de duração da formação                      |                      |                       |              |                          |                              |
| 4.3 – Horário da formação                               |                      |                       |              |                          |                              |
| 4.4 – Adequação dos suportes pedagógicos                |                      |                       |              |                          |                              |
| 4.5 – Metodologia de apresentação                       |                      |                       |              |                          |                              |
| <b>5 – Comentários e sugestões</b>                      |                      |                       |              |                          |                              |

Muito obrigada pela vossa atenção e colaboração!

Formação realizada por: Clara Pereira (Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica)

Enfermeiro orientador: Enfermeira Especialista e Mestre Sofia Rita

## **Apêndice VII**

### **Análise de Resultados dos Questionários da Sessão de Formação em Serviço**



| <b>1. Avaliação global da formação</b>                            | <b>Nada Satisfatório</b> | <b>Pouco Satisfatório</b> | <b>Satisfatório</b> | <b>Bastante Satisfatório</b> | <b>Extremamente Satisfatório</b> |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>1.1. – Apreciação global da formação</b>                       |                          |                           |                     | 14                           | 6                                |
| <b>1.2. – Adequação da formação ao seu nível de conhecimentos</b> |                          |                           |                     | 11                           | 9                                |
| <b>1.3. – Cumprimento dos objetivos</b>                           |                          |                           | 1                   | 8                            | 11                               |
| <b>1.4. – A formação correspondeu às expectativas</b>             |                          |                           | 1                   | 8                            | 11                               |

| <b>2. Avaliação dos conteúdos programáticos</b>                  | <b>Nada Satisfatório</b> | <b>Pouco Satisfatório</b> | <b>Satisfatório</b> | <b>Bastante Satisfatório</b> | <b>Extremamente Satisfatório</b> |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>2.1. – Pertinência dos conteúdos</b>                          |                          |                           |                     | 11                           | 9                                |
| <b>2.2. – Utilidade dos conteúdos</b>                            |                          |                           |                     | 9                            | 11                               |
| <b>2.3. – Relevância para a aquisição de novos conhecimentos</b> |                          |                           |                     | 8                            | 12                               |

| <b>3. Avaliação global da formação</b>  | <b>Nada Satisfatório</b> | <b>Pouco Satisfatório</b> | <b>Satisfatório</b> | <b>Bastante Satisfatório</b> | <b>Extremamente Satisfatório</b> |
|-----------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>3.1. – Domínios dos conteúdos</b>    |                          |                           |                     | 4                            | 16                               |
| <b>3.2. – Clareza da comunicação</b>    |                          |                           |                     | 4                            | 16                               |
| <b>3.3. – Relação com o grupo</b>       |                          |                           | 1                   | 6                            | 13                               |
| <b>3.4. – Esclarecimento de dúvidas</b> |                          |                           | 2                   | 5                            | 13                               |

| <b>4. Avaliação da organização e recursos de apoio</b> | <b>Nada Satisfatório</b> | <b>Pouco Satisfatório</b> | <b>Satisfatório</b> | <b>Bastante Satisfatório</b> | <b>Extremamente Satisfatório</b> |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <b>4.1. – Divulgação da formação em serviço</b>        |                          |                           | 4                   | 11                           | 5                                |
| <b>4.2. – Tempo de duração da formação</b>             |                          |                           | 3                   | 8                            | 9                                |
| <b>4.3. – Horário da formação</b>                      |                          |                           | 2                   | 8                            | 10                               |
| <b>4.4. – Adequação dos suportes pedagógicos</b>       |                          |                           | 2                   | 10                           | 8                                |
| <b>4.5. – Metodologia de apresentação</b>              |                          |                           | 1                   | 8                            | 10                               |