



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **DOR: DA AVALIAÇÃO AO CONTROLO**

## **PAIN: FROM EVALUATION TO CONTROL**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Catarina Monção Lopes Fradinho

Lisboa, 2017



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **DOR: DA AVALIAÇÃO AO CONTROLO**

## **PAIN: FROM EVALUATION TO CONTROL**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Ana Catarina Monção Lopes Fradinho

Sob a orientação da Professora Doutora Manuela Madureira

Lisboa, 2017

*“Confortar os doentes é uma missão tradicional de enfermagem,  
é o que os enfermeiros querem fazer,  
o que eles se orgulham de fazer  
e o que os inspira a continuar”.*

Katharine Kolcaba



## **AGRADECIMENTOS**

O meu percurso académico não seria possível sem a colaboração de algumas pessoas, a quem agradeço:

Professora Doutora Maria Manuela Madureira Mendes,

que me orientou em todo este processo,

pela disponibilidade, atenção dispensada, paciência, dedicação e profissionalismo.

Aos Enfermeiros Orientadores,

pela dedicação e disponibilidade demonstrada,

pelos conhecimentos e experiências partilhadas,

pelo contributo para o desenvolvimento das minhas competências.

Ao meu marido,

pelo amor, compreensão, encorajamento e auxílio,

durante todo este período.

Aos meus pais e mana,

pelo incentivo, apoio e palavras de motivação.

A todos os meus amigos, colegas de trabalho e de curso,

pelo apoio e a amizade demonstrada.



## RESUMO

O presente relatório tem como tema “Dor - da avaliação ao controlo” tendo sido realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolvido pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. No processo de desenvolvimento de competências sublinhadas no plano curricular, para além da componente teórica, este incorpora uma componente prática em contexto de estágio subdividido em três partes: Serviço de Urgência Geral, Cuidados Intensivos e Unidade Dor; sendo que transversalmente a minha intervenção visou refletir e analisar a abordagem ao doente com dor aguda ou crónica, no sentido de desenvolver competências especializadas na área.

No relatório é efetuada a descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas com o propósito de evidenciar as competências especializadas adquiridas em estágio. Este é o lugar por excelência onde decorrem as práticas profissionais, através da mobilização de saberes adquiridos, onde a prática e formação se constituem como vertentes interligadas, num processo interativo.

A temática do conforto relacionada com a avaliação e controlo da dor surge como eixo transversal a todo o relatório, considerando a mesma uma área de interesse na contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem. O conceito de cuidar aparece de forma global ao longo do relatório, sendo algo inerente à prática assistencial de enfermagem, com importância na valorização da humanização e da relação com o doente.

No decorrer dos estágios foram prestados cuidados especializados ao doente em situação crítica e sua família e promoveu-se a formação em serviço, a melhoria dos cuidados prestados aos doentes e a valorização profissional dos enfermeiros através da sustentação da prática baseada na evidência científica. No âmbito da temática da dor desenvolvi um instrumento de registo da avaliação da dor, tendo o mesmo sido implementado no serviço de estágio. Realizei ainda uma revisão sistemática da literatura, com o tema “A adesão à terapêutica analgésica pela pessoa com dor crónica”, sendo que a evidência científica demonstrou altos níveis de não adesão terapêutica aos analgésicos por fatores variados. A divulgação dos resultados contribui para a mudança de práticas, melhoria dos cuidados e bem-estar do doente.

**Palavras-chave:** doente crítico, conforto, controlo dor, cuidados de enfermagem, competências.



## **ABSTRAT**

This report, with the subject “Pain - from evaluation to control”, was carried out under the Master Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, lectured by the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University. In the process of competences development, part of the curricular plan, and in addition to the theoretical component, it also incorporates a practical component in a stage context subdivided into three parts: General Emergency Service, Intensive Care and Pain Unit. My intervention aimed to reflect about and analyze the approach to the patient with acute or chronic pain, in order to develop specialized skills in the area.

In the report is carried out the description and critical analysis of the developed activities, with the purpose of highlighting the specialized competences acquired in stage. This is the place where the excellence of the professional practices takes place, through the acquired knowledges mobilization, where the practice and training cross eachother, in an interactive process.

The theme of comfort related to the evaluation and pain control appears as a transversal axis to the whole report, considering it an area of interest in the contribution to the improvement of nursing care quality. The concept of caring appears globally throughout the report, being something inherent to the nursing care practice, important point in the acknowlegdement of humanization and the relationship with the patient.

In the course of internships, specialized care was provided to the critically ill patient and his family, in-service training, and patient care were promoted, as well as the professional appreciation of nurses, through the support of evidence-based practice. In the scope of pain, I developed a recording instrument for pain evaluation, and it was implemented in the training service. I also carried out a systematic review of the literature, with the subject “Adherence to analgesic therapy by the person with chronic pain”, and the scientific evidence showed high levels of nonadherence to analgesics due to varied factors. The dissemination of results contributes to changing practices, improving patient care and well-being.

**Key-words:** critical patient, comfort, pain control, nursing care, skills.



## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

IASP – International Association for the Study of Pain

MeSH - Medical Subject Headings

PAV – Pneumonia Associada à Ventilação

PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup> - Pulse index Continuous Cardiac Output

PICO – Pessoa, Intervenção, Comparação, Outcome

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem

SUG – Serviço de Urgência Geral

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

WHO – World Health Organization

## **LISTA DE SIGLAS**

BPS – Behavioral Pain Scale

DGS – Direção-Geral da Saúde

EN – Escala Numérica

EPE – Entidade Pública Empresarial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UD – Unidade Dor



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

et al. – e colaboradores

N.º - Número



## ÍNDICE GERAL

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>1. A ADESÃO À TERAPÊUTICA ANALGÉSICA PELA PESSOA COM DOR CRÓNICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	21
<b>2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO</b> .....	35
2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA .....	35
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	43
2.3. UNIDADE DOR .....	55
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	71
<b>APÊNDICES</b> .....	77
APÊNDICE I – Pesquisa “Dexmedetomidine – Efeito Analgésico” .....	79
APÊNDICE II – Instrumento de Avaliação da Dor .....	89
APÊNDICE III – Cartaz de divulgação do instrumento de Avaliação da Dor .....	95
APÊNDICE IV – Questionário sobre o instrumento de Avaliação da Dor .....	99
APÊNDICE V – Intervenções de Enfermagem na monitorização hemodinâmica com monitor PiCCO <sub>2</sub> <sup>®</sup> .....	103
APÊNDICE VI – Exposição dos resultados da RSL com o tema “A adesão à terapêutica analgésica pela pessoa com dor crónica” .....	127
APÊNDICE VII – Folheto informativo “Terapêutica Analgésica: Esclarecimento de questões e mitos” .....	141



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I - Adesão terapêutica manifestada na 1ª consulta em unidade dor. ....	25
Figura II - Fatores com maior prevalência para a sub-utilização dos opióides. ....	26
Figura III – Nível de adesão terapêutica em utentes de idade >65 anos com dor crónica. ..	27
Figura IV – Fatores de não adesão identificados com maior prevalência. ....	27
Figura V – Adesão terapêutica em doentes com cancro em estado avançado .....	28

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Estratégia PI[C]O utilizada .....	24
Tabela II - Análise SWOT do estágio em UD.....	57
Tabela III – Resumo da avaliação da dor crónica na pessoa idosa .....	59

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Resultados do artigo I.....	25
Quadro II – Resultados do artigo II.....	26
Quadro III – Resultados do artigo III .....	27
Quadro IV – Resultados do artigo IV .....	28
Quadro V – Resultados do artigo V .....	28
Quadro VI – Resultados do artigo VI.....	29



## 0. INTRODUÇÃO

A realização deste relatório insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituindo-se como um documento ilustrativo de um percurso de aprendizagem. São objetivos deste relatório descrever reflexivamente as competências especializadas desenvolvidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com especificidade para a descrição de forma compreensiva e concisa dos objetivos do estágio e avaliação crítica das atividades desenvolvidas. Ao longo do trabalho abordo a temática do conforto aliada à avaliação e controlo da dor, numa prática transversal aos contextos de saúde.

O processo de cuidar de pessoas e famílias, é um enfoque importante para a enfermagem devido aos conhecimentos, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral necessários do enfermeiro (Watson, 2002). Todo este processo é enriquecido com as aprendizagens realizadas, tanto a nível académico e científico como nas experiências reais. Assim, de forma a aprofundar conhecimentos e a desenvolver competências especializadas de enfermagem, o plano de estudos do Curso propõe a realização de um estágio em três contextos clínicos diferentes, onde além da experiência e aprendizagem decorrentes das atividades vivenciadas, é essencial a reflexão na ação, quer na procura dos princípios científicos, quer na identificação dos fundamentos éticos e deontológicos que justificam as escolhas (Deodato, 2010).

Exerço atualmente funções de enfermagem em contexto de Urgência/Emergência, no Hospital Garcia de Orta, E.P.E., iniciando a minha reflexão sobre este contexto onde explano a minha experiência profissional no âmbito do desenvolvimento de competências especializadas na resposta, de forma holística, às necessidades do doente em situação de doença aguda e emergente. O estágio em contexto de cuidados intensivos foi realizado num Hospital central do País, no período compreendido entre 15 de Fevereiro e 15 de Abril de 2016, com o objetivo de desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica. A escolha deste local prende-se com o facto de corresponder a uma unidade de cuidados intensivos polivalente, em que a pessoa apresenta instabilidade hemodinâmica com risco de vida iminente, sendo um contexto importante na gestão de protocolos terapêuticos complexos, bem como na demonstração de conhecimentos e habilidades múltiplas necessárias ao cuidado da pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica. No estágio

correspondente ao contexto opcional, a escolha recaiu na Unidade Dor inserida num Hospital central, e que decorreu no período compreendido entre 26 de Abril e 17 de Junho de 2016, tendo estabelecido como objetivo geral o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas na prestação de cuidados especializados à pessoa com dor crónica, onde procurei desenvolver habilidades na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, otimizando as respostas aos problemas identificados, nomeadamente em relação à gestão do regime terapêutico analgésico complexo.

*“O pensamento reflexivo contribui para uma ideia mais informada, e uma ação futura mais consistente”* (Abreu, 2007, p.148), sendo esta a permissão pela qual orientei o meu percurso de desenvolvimento de competências. Com o presente relatório efetuei uma descrição e análise sobre situações passadas, de forma retrospectiva, o que possibilita uma reflexão sobre a ação implicando uma recomposição dos contextos e intervenções assim como dos resultados produzidos e esperados. Neste processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, assentei os meus ideais nas referências de importantes teóricas de enfermagem: Jean Watson, relacionando a Teoria do Cuidado Humano no contexto atual de enfermagem e incorporando a mesma nos diversos contextos clínicos; e Katharine Kolcaba com a Teoria do Conforto, identificando como necessidade de conforto o processo de dor, pelo que surge a preocupação da adequada avaliação e controlo da mesma.

Na elaboração deste relatório, utilizo o substantivo doente e/ou utente como referência à pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, mantendo assim o enquadramento conceptual na designação da “pessoa”, descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2002).

O presente relatório está organizado em quatro capítulos, sendo que após a introdução apresento o primeiro capítulo constituído pela revisão sistemática de literatura cujo tema é “A adesão à terapêutica analgésica pela pessoa com dor crónica”. No segundo capítulo, realizo a análise crítica e reflexiva em contexto de estágio, com três subcapítulos relacionados com os contextos de estágio. O terceiro capítulo é composto pela conclusão, sendo esta uma análise transversal ao relatório. No quarto capítulo são apresentadas as referências bibliográficas, segundo as normas da APA (American Psychological Association), seguidas dos apêndices.

## 1. A ADEÇÃO À TERAPÊUTICA ANALGÉSICA PELA PESSOA COM DOR CRÓNICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O aumento da esperança média de vida está na génese de um aumento de portadores de doenças crónicas e conseqüentemente tem-se verificado um aumento da complexidade dos regimes terapêuticos, cuja finalidade é a de manter a qualidade de vida dos doentes. A pessoa idosa é a que se encontra mais suscetível, apresentando frequentemente várias patologias concomitantemente, sendo necessária uma gestão das mesmas. Como afirma Sousa (2014) o facto das doenças crónicas serem de longa duração, irá afetar a vida das pessoas, levando à redução da qualidade de vida. A mesma autora refere ainda que a vivência da doença crónica conduz a alterações na vida da pessoa, bem como a uma situação de *“desconforto contínuo, com períodos de maior ou menor exacerbamento, que deve ser gerida por forma a garantir uma maior qualidade de vida”* (Sousa, 2014, p.32), encontrando estratégias adaptativas e confortadoras.

O cuidar como um empreendimento epistémico, referido por Watson (2002), define tanto o enfermeiro como o utente, contribuindo para novos significados durante as experiências de saúde-doença, tornando-se essencial a pesquisa e estudo da temática associada, em conjunto com a reflexão e ação, nomeadamente da direção da melhor orientação da gestão do regime terapêutico complexo, referido anteriormente.

A dor é definida, segundo a International Association for the Study of Pain (IASP, 2012), como uma *“experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão”*, sendo que a pessoa com dor sente-se perturbada com diminuição da sua qualidade de vida, pelo que o seu controlo é manifestamente um objetivo prioritário. Nesse sentido a Direção-Geral da Saúde (DGS) normativa o controlo eficaz da dor como um *“dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”* (DGCG, 2003, p.1).

Em diversos momentos, a sensação de dor é referida como sinónimo de desconforto corroborado por Katharine Kolcaba (1991), que refere que um dos fatores de desconforto, referido pelos doentes é realmente o processo de dor, sendo a enfermeira o agente primordial na promoção do conforto do doente e no alívio do sofrimento, como evoca

também Sousa (2014). É esta a meta da prática de enfermagem, no sentido da melhoria da qualidade de cuidados, assente em padrões de cuidado com o objetivo de ajudar o doente a alcançar um estado de conforto.

Está implícito nos utentes a necessidade de conforto, daí a motivação para um melhor desempenho em terapia, reabilitação, e na adesão e aquisição de novos regimes de saúde (Kolcaba, 2001). Pelo atrás referido é pois necessária uma avaliação exata do comportamento de adesão à terapêutica por parte da pessoa portadora de dor crónica, para o planeamento do tratamento eficiente e eficaz, de modo a garantir mudanças de comportamento e melhores resultados na saúde e bem-estar do doente. Segundo a World Health Organization (WHO), a adesão define-se como "*a medida em que o paciente segue as instruções médicas*" (2003, p.17), pelo que os doentes devem ser parceiros ativos com os profissionais de saúde no seu próprio cuidado sendo a comunicação entre doente e enfermeiro fundamental para uma prática clínica eficaz. O reconhecimento da multidimensionalidade da dor obriga a um aprofundamento das causas de dor, com uma abordagem terapêutica ampla e complexa.

Os comportamentos de não adesão podem ser distinguidos por não-adesão não intencional, onde o doente não consegue gerir adequadamente o conhecimento relacionado com a doença e as condições de tratamento; e a não-adesão intencional, onde o doente toma a decisão consciente de não aderir ao regime terapêutico (Simões, 2010).

Ainda segundo a WHO (2003), existem vários fatores que contribuem para os comportamentos de não-adesão terapêutica, listados abaixo:

**Sociais, económicos e culturais:** status socioeconómico, desemprego, instabilidade económica em conjunto com o alto custo dos transportes, da medicação e dos tratamentos;

**Relacionados com os profissionais e serviços de saúde:** sistemas de saúde deficientes, ausência de conhecimento por parte dos profissionais em relação a doença crónica, escasso tempo de consulta e de disponibilidade para seguimento. Há ainda estudos que se referem a um défice na relação doente-profissional e comunicação ineficaz entre ambos, a falta de incentivos e incapacidade de avaliar o grau de adesão e a repercussão nos indicadores de saúde;

**Relacionados com a doença de base e comorbilidades:** a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a deficiência/incapacidade geradas com a doença, assim como as

patologias concomitantes. Patologias do foro mental, nomeadamente a depressão, caracterizados muitas vezes pelo isolamento, geram níveis de adesão menores;

**Complexidade do esquema terapêutico:** a duração do tratamento, insucessos prévios, alterações frequentes no esquema terapêutico, ausência imediata de melhoria clínica, efeitos secundários, receio de dependência terapêutica e polimedicação contribuem em grande escala para o abandono da terapêutica;

**Individuais relativos ao doente:** ausência de informação e de conhecimento/educação dos doentes relativamente à sua doença, diminuição da motivação e da confiança no tratamento, a ansiedade inerente às tomas frequentes de fármacos, incapacidade de manusear o esquema terapêutico em conjunto com a ausência de perceção da necessidade do tratamento, levam à suspensão medicamentosa ou interrupção temporária, sem informar o clínico prescriptor.

Neste sentido surge a presente revisão sistemática da literatura (RSL), cujo objetivo é possibilitar a utilização da melhor evidência científica, de forma a contribuir para a tomada de decisão clínica consciente e fundamentada. Como refere Abreu (2007, p.81), citando Canário (2000), *“é hoje irrecusável que os contextos de trabalho representam um elevado potencial formativo, a condição necessária para que esse potencial passe da virtualidade à realidade, isto é para que a experiência se constitua em saber; é a de fazer do próprio exercício do trabalho um objecto de reflexão e pesquisa, pelos que nele estão directamente implicados”*, daí que, em contexto prático num serviço de Unidade Dor, emergiu a problemática que levantou a questão da pesquisa ao pretender determinar quais os fatores que conduzem à não adesão terapêutica, nomeadamente aos analgésicos, por parte do doente em processos de dor crónica, pretendendo-se desta forma melhorar a intervenção e a qualidade dos cuidados prestados neste campo.

## **Método**

Na elaboração desta pesquisa, pretende-se uma metodologia de revisão sistemática da literatura acerca de estudos realizados a nível internacional, publicados na língua inglesa, espanhola e portuguesa, com o objetivo de identificar a literatura existente de modo a compreender o problema em estudo, suportado na evidência científica. Santos, Pimenta e Nobre (2007) afirmam que a RSL representa a utilização de um método

padronizado por forma a organizar e apresentar os dados de múltiplos estudos primários, tendo sido utilizada a estratégia PI[C]O - Pessoa, Intervenção, Comparação e “Outcomes”(Resultados), que se apresenta de seguida:

Tabela I – Estratégia PI[C]O utilizada

<b>P</b>	Pessoa portadora de dor crónica
<b>I</b>	Sob esquema terapêutico analgésico (analgésicos não opióides e/ou opióides)
<b>O</b>	Fatores relacionados com o incumprimento terapêutico

Após utilizada a estratégia PI[C]O foi definida a questão de investigação central desta pesquisa: *“Quais os fatores determinantes para o incumprimento da terapêutica analgésica, da pessoa com dor crónica?”*.

Os estudos de interesse para este trabalho foram limitados ao fuso cronológico de publicação compreendido entre Janeiro de 2010 e Maio de 2016, tendo sido efetuada a pesquisa nos motores de busca EBSCO Research Databases, que alcança as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Health Technology Assessments, NHS Economic Evaluation Database, EBSCO, SCIENCE DIRECT e PUBMED. Apenas foram incluídos artigos disponíveis em texto integral, e os artigos disponíveis em inglês, espanhol e português.

Como critérios para esta pesquisa foram introduzidos descritores controlados consultados no MeSH e utilizados operadores booleanos, utilizando-se os seguintes:

- *Patient compliance AND analgesics;*
- *Patient adherence AND analgesics.*

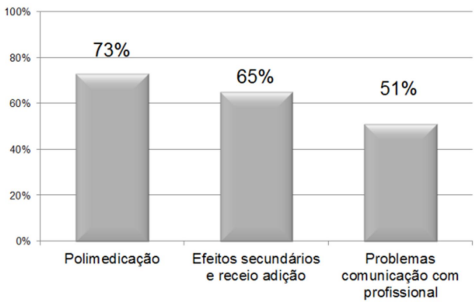
## Resultados

Foram encontrados cinquenta e um artigos de investigação e, após cumpridos os pressupostos descritos anteriormente, os artigos que não correspondiam às exigências foram progressivamente eliminados, sendo seleccionados para o estudo seis artigos, apresentados nos quadros seguintes:

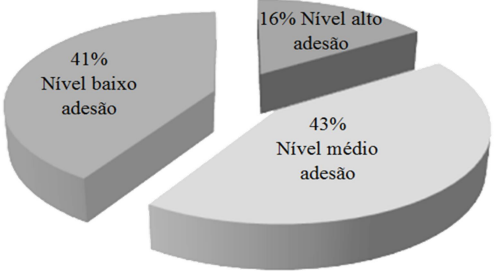
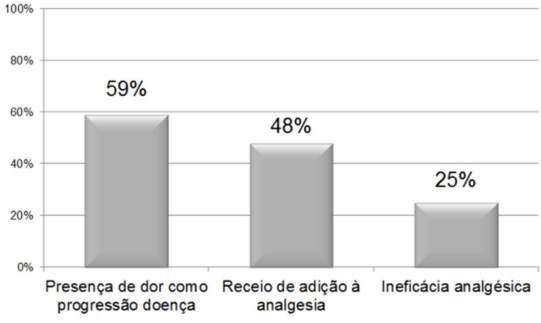
Quadro I – Resultados do artigo I

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados						
“Medication Compliance in Patients with Chronic Pain”	Katherina Kipping, MD, Christoph Maier, Prof, MD, Heinz H Bussemas, MS, and Andreas Schwarzer, MD, PhD, (2014)	Questionar os doentes em primeira consulta na unidade da dor acerca da adesão à terapêutica analgésica (incluindo opióides e analgésicos não-opióides), e posteriormente realizar análises toxicológicas por forma a comprovar a adesão e veracidade das respostas.  Estudo Quantitativo, Experimental.	<p>Foram detetados dois tipos de incumprimento: sub-notificação da terapêutica consumida e sobre-notificação, onde foi relatado o consumo de terapêutica que não se verificou nas análises.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Figura I - Adesão terapêutica manifestada na 1ª consulta em unidade dor.</p> </div> <table border="1" style="margin: 10px 0;"> <caption>Dados do Gráfico de Pizza</caption> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>Porcentagem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Adesão</td> <td>56,70%</td> </tr> <tr> <td>Não adesão</td> <td>43,30%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Foram detetados os seguintes fatores de incumprimento: depressão; receio do vício em opióides sendo que por esse motivo ingeriam anti-inflamatórios não esteróides e analgésicos não opióides em demasia, suprimindo os opióides; efeitos secundários dos opióides e pela ineficácia para o controlo da dor relatada pelos doentes.</p>	Categoria	Porcentagem	Adesão	56,70%	Não adesão	43,30%
Categoria	Porcentagem								
Adesão	56,70%								
Não adesão	43,30%								

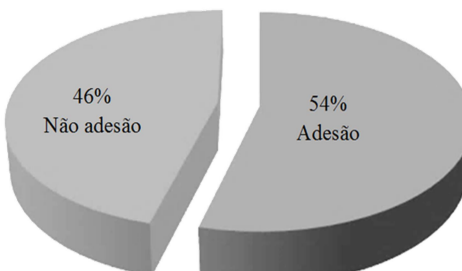
Quadro II – Resultados do artigo II

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados								
<p>“Reasons for Under-Use of Prescribed Opioid Medications by Patients in Pain”</p>	<p>Eleanor T. Lewis, PhD, Ann Combs, BA, and Jodie A. Trafton, PhD (2010)</p>	<p>Avaliar os fatores para sub-utilização de analgésicos opióides prescritos, utilizando como instrumento de colheita de dados: “Prescription Drug Use Questionnaire”</p> <p>Estudo Qualitativo, Estudo de caso, Transversal.</p>	<p>Foram identificados os fatores para não adesão com maior prevalência nas respostas aos questionários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 73% por forma a minimizar o consumo medicamentoso em doentes polimedicados;</li> <li>- 65% de modo a diminuir efeitos adversos e dependência;</li> <li>- 51% por falhas na comunicação entre profissional-doente.</li> </ul> <div data-bbox="871 797 1404 896" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Figura II - Fatores com maior prevalência para a sub-utilização dos opióides.</p> </div>  <table border="1" data-bbox="887 922 1362 1223"> <caption>Dados da Figura II</caption> <thead> <tr> <th>Fator</th> <th>Prevalência (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Polimedicação</td> <td>73%</td> </tr> <tr> <td>Efeitos secundários e receio adição</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>Problemas comunicação com profissional</td> <td>51%</td> </tr> </tbody> </table>	Fator	Prevalência (%)	Polimedicação	73%	Efeitos secundários e receio adição	65%	Problemas comunicação com profissional	51%
Fator	Prevalência (%)										
Polimedicação	73%										
Efeitos secundários e receio adição	65%										
Problemas comunicação com profissional	51%										

Quadro III – Resultados do artigo III

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
<p>“Adherence to Pharmacological Treatment of Chronic Nonmalignant Pain in Aged 65 and Older”</p>	<p>Filipa Markotic, MD, MSc, Edita Cerni Obrdalj, MD, PhD, Amra Zaiihic, MD, PhD, Renata Pehar, MD, Zejna Hadziosmanovic, MD, Gordana Pivic, MD, Sanja Durasovic, MD, Veronika Grgic, MD, Adriana Banozic, MSc, Damir Sapunar, MD, PhD, and Livia Puijak, MD, PhD, (2013)</p>	<p>Estudar a adesão aos fármacos analgésicos assim como as atitudes relacionadas com a não adesão, em utentes com idade &gt;65 anos com dor crónica, tendo sido utilizada a escala Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)</p> <p>Estudo Quantitativo, Descritivo, Transversal.</p>	<p>Foram identificados 3 níveis de adesão terapêutica: Nível alto de adesão terapêutica, nível médio de adesão e nível baixo de adesão.</p> <div data-bbox="863 427 1406 528" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Figura III – Nível de adesão terapêutica em utentes de idade &gt;65 anos com dor crónica.</p> </div>  <p>Neste estudo, foram identificados os comportamentos mais comuns da não adesão tais como: auto-ajuste da dose e frequência da medicação com base na intensidade da dor e subutilização dos analgésicos prescritos.</p> <p>Como fatores de não adesão terapêutica identificados com maior prevalência: 59% dos inquiridos referiu não aderir à terapêutica pois creem que a presença de dor significa progressão da doença, pelo que a toma de analgésicos não iria melhorar a sua condição; 48% referiu o receio de adição à analgesia; 25% referiu a ineficácia da terapêutica analgésica no controlo eficaz da dor. É ainda referida a polimedicação como fator de incumprimento terapêutico.</p> <div data-bbox="863 1529 1406 1630" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Figura IV – Fatores de não adesão identificados com maior prevalência.</p> </div> 

#### Quadro IV – Resultados do artigo IV

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
“A Pilot Study To Investigate Adherence to Long-Acting Opioids among Patients with Advanced Lung Cancer”	Jaclyn Yoong, MBBS (Hons), FRACP, Lara N. Traeger, PhD, Emily R. Gallagher, RN, William F. Pirl, MD, Joseph A. Greer, PhD, and Jennifer S. Temel, MD (2013)	Avaliar a adesão dos doentes com cancro (oncologia torácica) aos fármacos opióides. Recurso a um questionário que pretende avaliar o conhecimento do doente acerca dos opióides prescritos classificando o mesmo com atribuição de um score de adesão.  Estudo Quantitativo, Descritivo, Transversal.	54% dos doentes manifestavam adesão e 46% manifestava não adesão, sempre pelo conhecimento teórico (nome, dose, posologia) da medicação.  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Figura V – Adesão terapêutica em doentes com cancro em estado avançado</p>  </div> <p>Fatores associados à fraca adesão terapêutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depressão;</li> <li>- Faixa etária: idosos.</li> </ul>

#### Quadro V – Resultados do artigo V

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
“A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management : a randomized control trial”	Pi-Ling Chou and Chia-Chin Lin (2011)	Avaliar a eficácia de um programa de ensino de modo a aumentar a satisfação dos doentes com cancro em relação ao controlo da dor e como esta satisfação influencia a adesão aos analgésicos. Os instrumentos utilizados foram o American Pain Society outcome questionnaire, o “The barriers Questionnaire - Taiwan e o Pain Education Booklet.  Estudo Quantitativo, Experimental.	Os resultados obtidos mostram que 73% dos inquiridos referem que a satisfação com os enfermeiros se apresenta como um fator de mediação para a adesão terapêutica, enquanto que 56% refere que a satisfação da relação com o médico se apresenta como fator de mediação para a adesão terapêutica.

Quadro VI – Resultados do artigo VI

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
<p>“Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study”</p>	<p>Ana Manzano, Lucy Ziegler and Mike Bennett (2013)</p>	<p>Perceber o impacto dos efeitos secundários dos analgésicos nos doentes com dor oncológica e como isso afeta a sua adesão terapêutica.</p> <p>Estudo Qualitativo, Exploratório, Longitudinal.</p>	<p>Os efeitos secundários mais associados ao abandono do tratamento são a sonolência e alucinações induzidas pelos analgésicos, pois impedem a condução, algumas atividades de vida diária e causam embaraço, sendo refletido em 45% da amostra do estudo.</p> <p><u>Comportamentos de não-adesão identificados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de comunicação: o tratamento não foi seguido quando os doentes não perceberam claramente o motivo de prescrição de cada medicamento pelo médico;</li> <li>- Efeitos secundários: o tratamento foi inicialmente seguido como prescrito, mas foi abandonado quando os efeitos secundários interferiram com o funcionamento físico dos doentes;</li> <li>- Alteração da prescrição estrategicamente: as doses prescritas são modificadas (aumentadas, diminuídas, adiadas) pelo doente de forma estratégica, por exemplo, reduzindo quando interfere com uma atividade física que quer realizar, redução das doses para ser capaz de conduzir, aumento das doses para dormir melhor e estar revigorado no dia seguinte, adiado quando visitam familiares;</li> <li>- Abuso de medicação durante crise de dor: o uso excessivo de medicação durante as crises de dor;</li> <li>- Ajuste da prescrição apenas quando consideram necessário: o que significa que apenas ingerem a medicação quando têm dor;</li> <li>- Polimedicação: dificuldade em cumprir por polimedicação, rotinas complexas que levam a esquecimento ou a saltar os horários programados intencionalmente.</li> <li>- Receio de overdose. dada primazia ao cumprimento da terapêutica para as patologias de base, ficando para segundo plano a analgesia.</li> </ul>

## **Discussão de Resultados**

Os estudos analisados acerca do tema apresentam níveis elevados de não adesão à terapêutica analgésica, contudo os doentes referem manter queixas álgicas. No estudo I, III e IV é possível identificar níveis de não adesão >40%, o que representa uma taxa bastante elevada. A taxa mais elevada é descrita no estudo III, com 57% de incumprimento terapêutico.

Pode-se ainda discutir o facto de que em alguns estudos foi testado se os utentes assumem claramente os comportamentos de não adesão, a exemplo no estudo I é realizado um questionário prévio seguido de análises toxicológicas que comprovam que os utentes ocorrem em sub-notificação, referindo não consumir analgésicos sendo depois revelados valores elevados de consumo na avaliação analítica, e também comportamentos de sobre-notificação onde referem medicar-se conforme prescrição sendo que as análises confirmam que não o fazem. No estudo II, os resultados demonstram que a percentagem de doentes que não cumprem com a terapêutica analgésica opióide é bastante mais elevada do que os que utilizam de forma exagerada essa mesma terapêutica, não deixando esta última forma de se traduzir em incumprimento terapêutico, na medida em que não cumprem com as indicações prescritas pelo clínico. O estudo III aborda a temática da adesão terapêutica de duas formas, através de uma questão direta ao doente e também utilizando a Escala de Morisky, sendo que, quando utilizada a pergunta direta acerca do cumprimento da terapêutica analgésica conforme prescrição clínica, 57% dos doentes referiram não aderir à terapêutica. Quando utilizada a escala de Morisky, 41% expressaram baixos níveis de adesão ao tratamento para a dor crónica, o nível médio de adesão foi reportado por 43% dos doentes enquanto apenas 16% dos doentes expressaram elevado nível de adesão no cumprimento terapêutico.

Nas pesquisas efetuadas foi encontrada referência a incumprimento terapêutico intencional e não-intencional, nomeadamente no estudo III, onde são evidenciados os dois tipos de não adesão à terapêutica analgésica, a não adesão intencional com 10% dos resultados e a não adesão não intencional com 9%, sendo a percentagem de 29% para respostas que reportam os dois tipos de não adesão. Em análise a este critério, pode-se também relacionar no IV artigo o fator da idade avançada associado à não adesão não intencional, na medida em que a idade pode condicionar a esquecimentos e confusão em

regimes terapêuticos complexos. No estudo VI, encontramos também referência ao incumprimento não intencional, na medida em que durante a recolha de dados um dos doentes entrevistado refere que se lembrou nesse preciso momento que tinha falhado a toma da última medicação por esquecimento. Nos restantes estudos não foi encontrada referência direta a esta tipologia. Estas definições são também muito importantes por forma a se perceberem realmente se o incumprimento foi voluntário ou não, sendo que na análise efetuada observa-se maioritariamente não adesão intencional.

Em relação aos fatores de incumprimento mais sinalizados, encontra-se a depressão como problemática na adesão referida nos estudos I e IV, sendo que a polimedicação é abordada pelos estudos II, III e VI; a falta de comunicação pelos estudos II, V e VI; os efeitos secundários da terapêutica analgésica referidos nos estudos I, II e VI; sendo o receio de adição o fator que se encontra em maioria nos estudos consultados, nomeadamente no I, II, III e VI. O Estudo IV aponta ainda a idade avançada como um condicionante da adesão terapêutica na medida em que falham frequentemente o regime terapêutico. Deste modo, pode referir-se que existe relação direta entre o receio de adição e a falta de comunicação, pois a abordagem do profissional de saúde deve centrar-se no estabelecimento de uma relação terapêutica no sentido de perceberem os receios dos doentes de modo a conseguir esclarecer e desmistificar os mesmos através de uma comunicação eficaz. O estudo V focou a sua atuação apenas na intervenção do programa de ensino na influência da adesão terapêutica, insistindo assim nos problemas comunicacionais como fator de não adesão. Foi no conhecimento fornecido ao doente para gestão do seu tratamento e na criação de uma relação de comunicação e confiança entre utente e profissional que centraram a ação de forma a conduzir o utente à adesão terapêutica, apresentando resultados positivos de adesão após as intervenções efetuadas.

Assim sendo, em relação aos fatores de incumprimento previamente apresentados, pode-se discriminar os mesmos com representações encontradas em vários dos artigos apresentados, que se referem a seguir:

- **Polimedicação:** pelo aumento da esperança média de vida regista-se cada vez mais um envelhecimento populacional, com patologias crónicas várias que levam a um estado de polimedicação, ou seja, o doente apresenta um regime terapêutico complexo com vários fármacos inseridos no seu quotidiano, o que leva à necessidade de um ajuste de vida que na maioria das vezes se torna difícil de cumprir e aceitar. Devido a este facto, os doentes

referem selecionar a terapêutica, optando pelos fármacos relacionados com as patologias de base, suspendendo de forma autónoma a medicação analgésica;

- **Estados depressivos:** conduzem ao isolamento, desmotivação e conseqüentemente ao abandono da terapêutica por considerarem que não terá qualquer efeito benéfico na situação em que se encontram;

- **Falta de comunicação:** pela comunicação inadequada entre profissional-doente, sendo que o doente não recebe a informação adequada sobre o propósito do regime terapêutico, dos efeitos secundários possíveis da medicação, bem como da importância da mesma, assim como dos prazos para o efeito da terapêutica;

- **Efeitos secundários:** manifestados frequentemente pelos utentes como fator de abandono terapêutico, sendo o efeito mais referido a sonolência com conseqüente dificuldade para realização das suas atividades de vida diárias habituais;

- **Receio de adição:** este fator é representado em 83% dos estudos consultados. O receio da adição apresenta-se como o maior fator de não adesão terapêutica, algo que está frequentemente associado a mitos acerca dos opióides e que os utentes não demonstram junto dos profissionais de saúde, abandonando por si mesmos a terapêutica designada por opióide.

## **Conclusão**

Adesão significa participar ativamente na proposta terapêutica, numa atitude de compreensão e concordância com o profissional de saúde, sendo que esta adesão ao esquema terapêutico pode levar ao aumento da qualidade de vida, mas significa uma nova gestão do seu estilo de vida. Vários estudos têm demonstrado que os utentes pretendem cada vez mais sentir-se incluídos no seu processo clínico, desejando obter mais informação e exigindo uma maior interação com os profissionais de saúde.

Nos estudos analisados foram detetados níveis elevados de não adesão por variados fatores, sendo os mais frequentes a polimedicação, a depressão, a comunicação ineficaz entre doente e profissional, os efeitos secundários da terapêutica e o receio do doente em sofrer de adição aos analgésicos.

A qualidade da comunicação que se estabelece na relação terapêutica entre profissional e doente torna-se promotora de uma melhor adesão ao regime terapêutico (Sousa, 2013, parafraseando Morris et al., 2001), sendo o papel dos profissionais essencial no sentido de perceberem o incumprimento e de motivarem e promoverem a adesão, desenvolvendo um processo relacional que lhes permita o sucesso do tratamento, com o objetivo da qualidade de vida e alcance do bem-estar do utente. Desta forma, é necessário estabelecer uma relação entre profissional e utente de modo a avaliar as capacidades de adesão terapêutica deste último, assim como o suporte familiar presente.

É de realçar que nas bases de dados utilizadas para a pesquisa, durante o período cronológico estudado, não surgem estudos relativos a Portugal, sendo este um tema que necessita de atenção pois é uma problemática atual e difícil de reconhecer se o profissional não estiver atento e em contato frequente com o doente.



## **2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO**

Este capítulo visa descrever e analisar todo o percurso percorrido na aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O meu percurso profissional e académico possibilitou-me o desenvolvimento de competências diferenciadas, que concorrem para o desempenho de uma enfermagem avançada, especializada na prestação de cuidados ao doente adulto e idoso em situação crítica. Nesse sentido passo a descrever e analisar os focos de intervenção concorrentes para a concretização dos objetivos delineados para os diferentes estágios, sendo que desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica constitui-se como um objetivo geral e transversal a todos os estágios.

A sustentar todo este processo efetuei uma reflexão acerca do cuidar, dando especial relevância à promoção do conforto, com a avaliação e controlo da dor, sustentado nas teóricas de enfermagem, Jean Watson e Katharine Kolcaba.

### **2.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O estágio referente ao Serviço de Urgência Geral (SUG) foi-me creditado ao abrigo do artigo 45º do Decreto-lei 74/2006 pois exerço funções desde Dezembro de 2009 no SUG, do Hospital Garcia de Orta, EPE.

O Serviço de Urgência Geral, inserido no Sistema Nacional de Saúde, estrutura-se, à semelhança do que refere Deodato (2012) à luz do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, de forma a assegurar à população a prestação de cuidados de saúde, consagrando a proteção da saúde como um direito de cada cidadão. Assim, o SUG tem a responsabilidade de assistir utentes em situação de urgência/emergência residentes nos Concelhos de Almada e Seixal (cerca de 350 mil habitantes), e responsabilidade complementar da população proveniente dos Hospitais da Península de Setúbal (cerca de 790 mil habitantes), em especial aos doentes do foro neurocirúrgico e a necessitar de

observação pela especialidade de traumatologia em casos de trauma complicado (sítio online hgo.pt – Serviço Urgência Geral). O SUG é designado como polivalente e compreende uma área de ambulatório e uma área de internamento.

No ambulatório o enfermeiro é responsável pela triagem dos utentes, pelo atendimento nas salas de enfermagem com realização de procedimentos de enfermagem e, na Sala de Reanimação no cuidado emergente do doente crítico. Neste serviço são atendidos doentes das várias especialidades: Medicina, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Ortopedia, Urologia, Gastroenterologia, Neurologia e Psiquiatria.

Na área de internamento existem três zonas distintas, que apresento de seguida:

- Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos: sendo uma unidade de cuidados ao doente crítico, com monitorização eletrocardiográfica contínua e possibilidade de realização de ventilação invasiva.

- Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico: com capacidade de monitorização eletrocardiográfica e um quarto de isolamento respiratório. É uma unidade de cuidados intermédios para os doentes que provém do ambulatório da Urgência, excedendo por vezes o número de macas previsto, consoante a afluência de doentes, a necessidade de cuidados e as vagas disponíveis no restante Hospital;

- Unidade Médica de Internamento de Curta-Duração: sendo atualmente uma unidade onde estão hospitalizados maioritariamente os doentes de especialidades não médicas, como por exemplo a especialidade de Neurocirurgia e Ortopedia, sendo também dirigida a doentes de cuidados paliativos.

Watson (2002) afirma que a enfermagem e os cuidados de saúde de qualidade, exigem um respeito humanista pela unidade funcional do ser. Também no SUG estes conceitos devem estar presentes acima de qualquer intervenção primária e em todas as abordagens realizadas com a pessoa e família. Sousa (2014) refere também que é desejável que os enfermeiros reconheçam as necessidades de conforto nos momentos de hospitalização, algo que deve estar presente desde a primeira abordagem no serviço de urgência. Aqui, os cuidados de enfermagem iniciam-se na admissão do utente à instituição de saúde com a avaliação do doente e aplicação do Sistema de Triagem de Manchester, que tem como objetivo atribuir uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas por mim observados ou descritos pelo utente, respeitando as diretrizes da DGS (Norma

002/2015). Para iniciar a realização da triagem frequentei previamente o curso de Triagem do Grupo Português de Triagem, tendo obtido aprovação, sendo frequentemente alvo de auditorias internas e externas da minha prestação enquanto enfermeira triadora por forma a melhorar o serviço e consequentemente a prestação de cuidados ao utente. O sistema de triagem divide e define prioridades para os doentes para os seguintes subgrupos: emergente, muito urgente, urgente, menos urgente e não urgente. A atribuição da prioridade emergente significa a necessidade de atenção médica imediata, enquanto muito urgente, urgente, menos urgente e não urgente significa a necessidade de atenção médica em 10, 60, 120 e em 240 min, respetivamente (Santos, Freitas, Martins, 2012).

A prestação de cuidados com carácter de prioridade emergente tem lugar na Sala de Reanimação, com a abordagem multidisciplinar da situação e controlo da mesma, com posterior encaminhamento do doente para uma unidade adequada após estabilização clínica. Na minha atuação primo por cumprir com o código deontológico do enfermeiro, assumindo o dever de co-responsabilizar-me *“pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento”* (Alínea a), do artigo 104.º), pelo que, em conjunto com a equipa tenho que atuar rápida e eficazmente, sendo necessário possuir conhecimentos de Suporte Avançado de Vida, tendo para este efeito realizado o respetivo curso para certificação de habilitações através da American Heart Association®. Como refere Benner (2001), é importante a experiência prática no contexto clínico pois permite que seja competente para captar a globalidade da situação, permitindo a identificação precoce do problema e a sua confirmação, bem como intervenção adequada, em equipa multidisciplinar, sendo algo que tenho desenvolvido ao longo dos anos de prática real, aliada à formação inicial, e pós-graduada na área da pessoa em situação crítica, desenvolvida pela UCP; conseguindo desta forma adquirir competências ao nível da *“gestão e interpretação da informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada”*.

Nos balcões de ambulatório, os cuidados de enfermagem assentam na avaliação de parâmetros vitais, administração de terapêutica prescrita pelo clínico ou conforme a situação, possuindo a enfermagem protocolos específicos de atuação que nos permitem medicar o doente em caso de hipertensão arterial, dor e/ou febre consoante a avaliação que efetuamos. Procedo ainda ao registo de intervenções de enfermagem, sem nunca descurar

os cuidados de higiene, uma nutrição adequada, bem como o conforto sendo este um resultado holístico desejável, conforme nos diz Kolcaba no pressuposto da sua teoria do conforto (Tomey e Alligood, 2004). Neste local de ambulatório, é importante que me mantenha alerta para qualquer alteração do estado de saúde do doente que condicione o seu prognóstico e que necessite de observação clínica e cuidados de enfermagem imediatos. Aqui, é essencial a gestão de prioridades no atendimento ao doente, no sentido de satisfazer as suas necessidades em tempo útil, conseguindo avaliar a urgência e emergência de determinado cuidado e atuar conforme a mesma. Tendo em conta este aspeto, é bastante importante o trabalho em equipa para um atendimento mais eficaz ao doente. Pelo atrás referido, sendo prioridade no SUG o tratamento da doença, pode por vezes descurar-se a compreensão das implicações da hospitalização no doente. No entanto, sabendo que a hospitalização representa uma série de ameaças, nomeadamente “à integridade corporal, à exposição, à vergonha, ao desconforto relacionado com a dor, ao cansaço, ao risco de alterações” (Sousa, 2014, p.33) entre outras, e com a crescente preocupação humanista aliada ao desenvolvimento profissional, o cuidado holístico e a promoção do conforto como meta do cuidado em enfermagem tem vindo a ter um impacto e realce cada vez maior, sendo algo que procuro também refletir na minha prática diária, sendo algo valorizado pelo doente e família em situação de suscetibilidade e sofrimento. A pessoa encontra-se assim no centro da ação e das intervenções de enfermagem, pelo que adequo as estratégias do cuidar à pessoa que necessita de cuidados, sendo o conforto uma necessidade também prioritária, na medida em que já desde o ano de 1859 Nightingale referia-se a conforto como um resultado desejável nos cuidados de enfermagem, conforme recorda Kolcaba (1991).

Nas diversas áreas de internamento pertencentes ao Serviço de Urgência, como Enfermeira sou responsável pela admissão do utente, onde realizo a anamnese e dou início ao processo de enfermagem que, como refere Vieira (2009), se traduz na prestação de cuidados utilizando uma metodologia específica na colheita de dados, diagnóstico, planeamento e avaliação de cuidados, estabelecendo prioridades adequadas ao utente com os recursos disponíveis.

Watson (2002) diz-nos que o processo de cuidar de indivíduos e famílias, é um enfoque importante da prática de enfermagem devido aos “*conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no*

*tempo e espaço*” (p.52), sendo algo a considerar em contexto de urgência, onde por vezes, parece ser incongruente este cuidar profissional com a organização e gestão do serviço, sendo muitas vezes realçado o fator tempo como condicionante da dedicação e empenho realizados. Tentando contrariar as condicionantes atrás referidas, especialmente quando alocada ao gabinete de informação e acompanhamento existente, primo por estar disponível para o cuidar na totalidade, atendendo às solicitações dos familiares ou dos próprios doentes que poderão estar a aguardar observação médica ou o resultado de algum exame, respondendo às suas necessidades durante a experiência de saúde-doença.

Para a área de internamento designada como Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos, foi necessário realizar uma integração diferenciada tendo em conta a especificidade dos doentes aqui internados. A integração foi realizada após quatro anos de prestação de cuidados no serviço, com acompanhamento de enfermeiro integrador e sucessivas reuniões com o enfermeiro chefe de equipa e enfermeiro chefe do serviço, envolvendo a discussão e reflexão da ação. Esta integração teve ainda em conta os conhecimentos teóricos, práticos, bem como as técnicas e máquinas a operar. Também aqui as necessidades de conforto estão presentes, sendo descrito pelos doentes o desejo de conforto físico relacionado com o controlo da dor, dor esta causada por procedimentos e técnicas invasivas, aliadas a situações de diminuição da mobilidade no leito. O desconforto na vertente espiritual e psicológica referido por Wilson e Kolcaba (2004) encontra-se no contexto de internamento em unidade intermédia, derivado ao facto do doente se encontrar longe da família e sob uma panóplia de tecnicidade em seu redor, diminuindo a relação interpessoal o que conduz à solidão. Assim, de forma a humanizar os cuidados e estabelecer uma relação terapêutica com o doente, o enfermeiro deve possuir a capacidade de receber expressões e sentimentos do doente, experimentando a atividade artística da enfermagem e do cuidar, como refere Watson (2002). Neste processo pude desenvolver a competência de *“produção de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente”* e a competência de *“manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional”*, essenciais para a prestação de cuidados eficazes na respetiva Unidade.

Ainda durante a minha experiência no SUG tive oportunidade de orientar ensinamentos clínicos de alunos a frequentar o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, assim como a possibilidade de integrar novos colegas no serviço, dando primazia ao processo de

aprendizagem e desenvolvimento dos futuros enfermeiros e novos colegas, tendo como objetivo *“promover a aquisição de conhecimentos clínicos de maneira a que cada enfermeira adquira experiência”* (Benner, 2001, p.205), com o sentido do desenvolvimento da profissão e aquisição de saberes e experiências que levarão ao alcance de competências para a prestação de cuidados de enfermagem. Assim, também eu, enquanto elemento de referência, desenvolvo competências no âmbito da aprendizagem, troca de experiências e no campo da formação, alcançando as competências especializadas de *“promoção do desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros”* e de *“colaborar no processo de integração de novos profissionais”*.

Quando é necessário um nível de assistência diferenciado do existente, para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, pode ser necessário transferir o doente para outro serviço ou instituição hospitalar. Nesta situação necessito de realizar um planeamento de modo a que o transporte seja realizado com o equipamento necessário e da forma mais segura e coordenada, sem colocar em risco a vida do doente (*“Recomendações para o Transporte de Doentes Críticos”*, 2008). Também aqui, a experiência de contextos reais é bastante útil, pois durante o transporte podemos deparar-nos com inúmeras situações complexas de alteração do estado de saúde do doente, para os quais possuímos recursos limitados, mas perante as quais temos que agir em tempo útil e em prol do doente. Pelo descrito atrás, consigo identificar-me neste contexto através das referências de Benner (2001) onde afirma que depois de fazer face a suficientes situações reais, o enfermeiro consegue adquirir um conjunto das características globais que só podem ser identificadas graças às experiências anteriores, e que servirão para a atuação em situações similares, o que me leva a desenvolver competências na *“capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas”*.

Após o descrito nesta análise, posso afirmar que considero que o Serviço de Urgência Geral, onde desempenho funções, é bastante versátil e polivalente, facilitando o domínio de diversos saberes e técnicas na área do cuidado ao doente adulto e idoso. Sublinho que trabalhar no SUG toma a particularidade do agir, não apenas na imprevisibilidade, mas também, sob a necessidade de realizar intervenções eficazes, num menor tempo possível, realçando ainda a necessidade de intervenções que proporcionem conforto, tendo em conta que esta é uma necessidade do doente e família em situação de stress e angústia relacionada com o episódio de urgência ou de internamento (Kolcaba,

Tilton, Drouin, 2006). Como prestador de cuidados neste campo de intervenção considero adquiridas e desenvolvidas competências diferenciadas ao nível da prestação, conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, e formação, tal como sublinhado pela ordem dos enfermeiros (2010).

Considero assim, que em termos de experiência profissional me situo, segundo Benner (2001), ao nível competente, pois neste contexto a experiência concorre para a proficiência que, segundo a mesma autora, é a autoridade intelectual e científica, uma associação entre o conhecimento teórico e a prática, aliados à planificação consciente e deliberada que sustenta a eficiência e organização na prestação dos cuidados.



## 2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Centro Hospitalar onde foi realizado o estágio de Cuidados Intensivos, está inserido na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo responsável pela prestação direta de cuidados de saúde a uma população de 222 mil habitantes (Plano de Atividades 2016).

As Unidades de Cuidados Intensivos são frequentemente classificadas em relação ao nível de cuidados passível de ser prestado, sendo que o nível III recebe doentes com falência múltipla de órgãos com risco de vida iminente, dependentes de suporte hemodinâmico, assistência ventilatória ou técnicas de substituição renal; o nível II é adequado para receber utentes para monitorização hemodinâmica e/ou com falência de apenas um órgão, requerendo suporte farmacológico e substituição da sua função; o nível I é indicado para utentes com necessidade de monitorização de parâmetros vitais de forma contínua, para vigilância pós-operatória ou em risco de desenvolver falência de órgãos (Ponce, Mendes, 2015).

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) onde decorreu o estágio, cuja missão é a de *“assegurar especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais eminentes ou estabelecidas”* (Plano Formação em serviço 2014-2015, p.7) é designada como uma UCI polivalente, com uma lotação de seis camas para internamento de utentes nível III, quatro camas para internamento de utentes nível II e uma cama para um utente submetido a transplante renal, e está dotado de meios técnicos modernos e especializados, sendo a prestação de cuidados de enfermagem realizada em regime de turnos com quatro equipas, cada uma composta por cinco enfermeiros. Os doentes aqui admitidos são provenientes do Serviço de Urgência Geral, por transferência interna da área cirúrgica ou da área médica, por transferência interna na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia, ou mesmo por transferência inter-hospitalar, sempre que requeiram os cuidados referidos.

A pessoa em situação crítica encontra-se em risco de vida por falência ou eminência de falência de funções vitais, pelo que o objetivo de uma UCI é a monitorização e suporte das funções vitais ameaçadas, com o propósito de realização do diagnóstico e consequente

tratamento médico ou cirúrgico, isto é, segundo as recomendações publicadas pela sociedade europeia de cuidados intensivos, referido pelos autores Valentin e Ferdinand (2011). Ao longo do estágio, foi meu objetivo desenvolver competências especializadas na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, ser agente proativo, e promotor da qualidade, fundamentada na evidência científica, pelo que delinieei os objetivos de estágio, dando assim exequibilidade ao objetivo geral de garantir uma *“prestação de cuidados especializados ao doente e sua família em contexto de UCI”*. De forma a atingir este objetivo, foi planeado o processo de integração pelo que, confrontada com o conhecimento e competências desenvolvidos no SUG, a janela temporal do processo de integração foi mais curta, tendo iniciado a prestação de cuidados de enfermagem especializados aos doentes internados em UCI. Como referem Grondin et al. *“a enfermeira procede à colheita de dados, à sua análise e em seguida tenta formular o diagnóstico de enfermagem enunciando o problema e identificando a sua causa a fim de conseguir, através dos cuidados que presta, prevenir o seu aparecimento, eliminá-lo ou diminuí-lo.”* (1992, p.1), complementando assim o conhecimento através da pesquisa sistematizada e reflexão crítica realizada com a enfermeira orientadora. A realização dos diferentes turnos permitiu que me apercebesse das situações reais e potenciais por forma a sistematizar os cuidados aos doentes, efetuando a priorização dos mesmos de modo a cumprir com o plano de cuidados idealizado, tendo sempre presente resultados da investigação enunciados por Sousa que demonstram que os doentes que se sentem confortáveis ficam mais fortalecidos para superar os obstáculos, adaptando-se melhor às limitações, *“curam-se mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa”* (2014, p.40), sendo por isso uma intervenção do meu cuidar ao longo de todo o contexto.

Vieira (2009) refere que a investigação produz um aumento do corpo de conhecimentos da profissão, fornecendo a base científica que permitirá fundamentar a prática, sendo algo em que progredi ao longo do estágio, através da utilização do conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem no desenvolvimento da prática baseada na evidência. Nas reflexões promovidas com a Enf.<sup>a</sup> orientadora, fui identificando as competências de enfermeiro especialista e os padrões de conhecimento exigidos, pelo que procurei incorporar resultados válidos e recentes da investigação consultada, assim como nas atividades exercidas, em que promovi a discussão sobre a investigação realizada e a sua adequação à prática, a exemplo: o benefício da utilização de compressão

pneumática intermitente na coxa e perna em comparação com a sua utilização exclusivamente nos pés, conforme tinha sido prescrito clinicamente a um doente com o objetivo de prevenção de fenómenos tromboembólicos. Na dúvida, ofereci-me para pesquisar a problemática de forma a trazer algum contributo para a equipa. Os resultados desta foram partilhados através da apresentação de forma informal, tendo também deixado o documento em suporte de papel. A pesquisa em enfermagem constitui um fundamento para a prática baseada na evidência, o que guia a tomada de decisão clínica. Aqui sublinho o desenvolvimento de competências como a *“iniciativa na interpretação e resolução de problemas da minha área de especialização”*, o facto de *“incorporar na prática os resultados válidos e relevantes da investigação”*, bem como, a *“participação e promoção da investigação em serviço”*. Ainda no campo da investigação por forma a promover o desenvolvimento profissional, realizei uma pesquisa acerca do fármaco *Dexmedetomidine* em utilização recente no serviço. Este fármaco é utilizado pelos clínicos maioritariamente como sedativo em fase de desmame de sedação mais intensa, por forma a manter o doente num estado de sedação ligeira, com recuperação do estado de consciência para um estado de alerta. Após realizar a pesquisa verifiquei que o mesmo fármaco tem um grande potencial analgésico, o que vai de encontro à minha abordagem relacionada com o controlo da dor no cuidado especializado ao doente em situação crítica. Organizei os resultados obtidos para partilha com a equipa que manifestou interesse na temática (Apêndice I).

As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem um risco de saúde pública pela sua frequência, morbidade e mortalidade, consumo de recursos e pela consequente resistência dos antimicrobianos utilizados (Ponce, Mendes, 2015). A pessoa em situação crítica apresenta risco de infeção acentuado face aos múltiplos contextos de atuação relacionados com a diferenciação dos cuidados e da exigência de medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica. O estágio nesta unidade permitiu-me aprofundar e adquirir conhecimentos acerca das medidas de controlo de infeção institucionalizadas, visto que no serviço do estágio estava em vigor o protocolo *“STOP Infeção Hospitalar”*, um concurso da Fundação Calouste Gulbenkian lançado no início do ano de 2015 com o objetivo de reduzir em 50% as infeções hospitalares em três anos. Para este projeto foram selecionados doze hospitais públicos mediante concurso, no qual os enfermeiros e restantes profissionais de saúde primam por cumprir determinados procedimentos de forma a reduzir o risco de infeção hospitalar, nomeadamente na prevenção da infeção associada ao cateter venoso central e cateter de linha arterial, prevenção da pneumonia associada ao ventilador e da

infecção do trato urinário associada ao cateter vesical. Além destas medidas específicas, adotam ainda as medidas básicas de controlo de infeção cumpridas criteriosamente pelos profissionais do serviço, sendo alvo de auditorias frequentes. Todas estas medidas encontram-se legisladas e especificadas em normas de orientação clínica emitidas pela DGS, sendo ainda uma das competências fundamentais na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica, considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação e complexidade dos cuidados, as quais primei por desenvolver ao longo do contexto clínico. São exemplo disso todas as medidas que efetuei no sentido do controlo da infeção aquando da troca de dispositivos médicos como cateteres venosos periféricos, drenagens vesicais, drenos cirúrgicos, entre outros, cumprindo as regras de assepsia; bem como o tempo de validade dos mesmos dispositivos.

O horário de visitas do serviço é compreendido entre as 14h e as 20h, podendo neste período permanecer o familiar significativo junto do doente, sendo que das 17h às 20h é permitida a visita de duas pessoas por doente. Esta tipologia de horário encontrava-se em fase de experimentação, com o objetivo de humanizar os cuidados de enfermagem, incluindo o familiar de referência no processo terapêutico, com vista a diminuir e desmistificar os cuidados prestados, dando espaço ao familiar para expor os seus receios e dúvidas, realçando o ideal e valor do cuidar como uma atitude, um compromisso e um julgamento consciente que se manifesta em atos concretos, assim como afirma Watson (2002). De acordo com o artigo 3.º da Lei n.º12/2005 de 26 Janeiro, a transmissão de informação de saúde, sendo de natureza técnica com conteúdo sensível e por isso considerada intervenção terapêutica, deve ser realizada por um profissional de saúde que detenha competências para transmissão da mesma informação (Deodato, 2012). Nesta situação como enfermeiro responsável pelo doente devo fornecer ao familiar significativo informações acerca do estado de consciência, sedação, conforto, analgesia, respiração e alimentação, procurando sempre, como refere Benner (2001), avaliar até que ponto a pessoa precisa de informações e quer ser informada, utilizando um vocabulário compreensível e adequado.

Dado que *“a função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana”* (Watson, 2002, p.54), procurei incluir na ação de cuidar a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação

atual de doença ou morte. Em diversas situações de angústia familiar, senti-me insegura e ansiosa na ajuda ao familiar, dado não querer dar esperança quando o prognóstico se revelava reservado. A exemplo, e no cuidar de um doente submetido a inúmeras cirurgias abdominais, com evolução de falência multi-orgânica, fui confrontada com o olhar da esposa a solicitar-me transmissão de boas notícias e esperança e eu nada consegui dizer pois sabia que não poderia fazê-lo. Pereira (2008) afirma mesmo que a comunicação de más notícias em contexto de saúde constitui uma das tarefas mais difíceis no contexto das relações interpessoais entre o familiar e o profissional de saúde. Todo este processo fez-me refletir e procurar estratégias de modo a saber intervir adequadamente em futuras situações. Daí identificar na literatura a escuta ativa como um dos métodos mais eficaz de relação interpessoal, como refere Lazure (1994, p.17) “*escutar é constatar e também aceitar, deixar-se impregnar pelo conjunto das suas perceções, tanto exteriores como interiores*”, sendo o ato de compreender as mensagens emitidas, podendo ser reconfortante para quem é escutado, principalmente em momentos de dúvida e receio. Também Wilson e Kolcaba (2004) referem que a enfermeira não deve desistir, sendo que através dos cuidados de conforto pode ajudar o doente e família a transcender tais circunstâncias difíceis, lembrando que a transcendência é um tipo de conforto. Como reflexo da análise e pesquisa efetuada, experimentei uma sensação de tranquilidade e confiança, conseguindo nos contactos posteriores, prestar apoio, escutar e confortar a familiar. Tal foi reconhecido, pois no fim a esposa abraçou-me e agradeceu todo o conforto e cuidados prestados ao doente, alargando o agradecimento à equipa e onde foi manifestada a importância do apoio dado, que a fez sentir-se sempre acompanhada neste processo de doença do marido. Este momento traduziu um processo real do cuidar transpessoal, como nos transmite Watson (2002), onde as experiências de ambos os intervenientes dão a ambos novas oportunidades, sendo que como seres humanos aprendemos com os outros, e enquanto enfermeira aprendi com aquele dilema e de certo que tal aprendizagem irá trazer contributos futuros positivos para mim enquanto pessoa e profissional, bem como nas minhas relações e em ocasiões diversas do cuidar, tendo de igual forma desenvolvido competências ao nível da “*reflexão sobre a minha prática de forma crítica*”.

Com o evoluir do estágio, consegui aprofundar e adquirir novos conhecimentos e competências na área da especialização médico-cirúrgica, de forma dinâmica, proativa e eficaz, através da elaboração do pensamento crítico aplicado aos problemas da prática

profissional. Dado o estágio ser realizado num serviço de medicina intensiva, fui confrontada com métodos de suporte hemodinâmico e medidas de terapêutica avançadas, sobre os quais os conhecimentos eram insuficientes, tais como o suporte de órgão através da oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO-Extracorporeal membrane oxygenation) e técnicas dialíticas. Nesta linha deparei-me também com o protocolo de normotermia em doentes que recuperaram sinais de vida após paragem cardio-respiratória. Com a participação da equipa e pesquisa efetuada sobre as temáticas supracitadas, aprofundei o conhecimento da adequação do protocolo e da evolução do doente aquando a aplicação do mesmo, estando assim apta a cuidar doentes submetidos a estas técnicas.

Nesta unidade, e com toda a equipa, foram-me proporcionados diversos momentos de aprendizagem e reflexão crítica, tendo sido fundamental todos os questionamentos da orientadora, que fomentaram a procura do conhecimento. Noto hoje, que adotei uma atitude crítica em relação a alguns comportamentos e execução de procedimentos no meu contexto profissional no serviço de urgência, pelo que tenho procurado ser empreendedora de mudança, como é suposto ser um enfermeiro especialista, procurando motivar os meus colegas para mudarmos condutas e comportamentos, pois a condição de estudante da especialidade fez-me refletir sobre a importância da prática baseada na evidência, em prol da melhoria da prestação de cuidados. Desta forma, com a apropriação de conhecimentos pude ser capaz de compreender, interpretar e responder às necessidades dos doentes sob estas técnicas, algo que, como nos diz Benner (2001) não seria possível anteriormente devido à inexperiência nos domínios de enfermagem em contexto real de cuidados intensivos.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve zelar pela prestação dos cuidados de higiene oral ao doente entubado, promovendo a prática de Enfermagem baseada em evidências científicas, pelo que necessita de estar informado sobre quais as medidas que revelam melhores resultados na redução da incidência de complicações, nomeadamente decorrentes da fraca higiene oral como é o caso da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Esta problemática fez-me questionar acerca do melhor produto para realizar a higiene oral: Tantum Verde® ou Clorexidina, pelo que realizei a pesquisa necessária comprovando que a higiene oral com Clorexidina reduz a PAV (Roque, Gonçalves, 2015). Desta forma, e suportada na evidência científica, motivei também a equipa no meu contexto profissional para a mudança, fundamentando que o

Tantum Verde® apenas limpa a cavidade oral ao passo que a Clorexidina possui ação bacteriostática, sendo portanto o ideal para utilizar de modo a cumprir a bundle de prevenção da PAV. Sublinho aqui a importância da argumentação suportada na evidência científica, e daí poder afirmar que desenvolvi a competência da *“tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas bem como às responsabilidades sociais e éticas da profissão”*.

Cada pessoa é um ser individual sendo, por isso, necessário adequar as nossas ações à pessoa recetora dos cuidados de enfermagem e, simultaneamente, defender os seus interesses tendo em vista o bem, a lei e a ética (Vieira, 2009). Daí que, sempre que havia necessidade de intervenções rápidas e competentes, dada a situação crítica e instabilidade dos doentes, e à minha condição de iniciada, como refere Benner (2001), remetia-me à função de colaboradora assimilando as aprendizagens necessárias para a atuação futura. Um exemplo desta situação em contexto de estágio foi na admissão de um doente proveniente de outro hospital, em que era necessário transferir o mesmo de cama, assim como todo o equipamento de monitorização, e preparação do material para inserção de cateter venoso central, colocação de linha arterial e colheitas de sangue. Como ainda não tinha vivenciado nenhuma situação semelhante, mantive-me próxima, disponível e observadora, sublinhando aqui o contributo para a minha aprendizagem.

Aquando da prestação de cuidados aos doentes foi também meu objetivo adotar uma metodologia de trabalho assente na identificação de problemas ou necessidades, daí recolher todos os dados para o planeamento dos cuidados de enfermagem, primar por uma execução adequada, eficiente e eficaz, em que a avaliação não foi descurada, conforme explicitado na alínea 3 do artigo 5.º, do Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem (REPE). Esta metodologia, sendo a preconizada no REPE, é também a que utilizo diariamente na minha prestação de cuidados em contexto profissional, daí que o plano de intervenção baseado nas necessidades e diagnósticos identificados, era sempre objeto de discussão com a Enf.<sup>a</sup> orientadora, sendo este reformulado caso houvesse algum imprevisto, tal como o doente ser submetido a um exame imagiológico. Desse modo, sublinho os ideais referidos por Watson (2002, p.55) em que *“cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”*, daí que no cuidado do doente em situação crítica, todo o desvio da prática de

segurança ou o mínimo erro pode comprometer o seu estado geral e hemodinâmico, pelo que a atenção e estado de alerta são fundamentais. Qualquer dúvida não deve ser contornada mas sim exposta e esclarecida, tendo em mente o benefício do doente. Esta permissa orientou todo o meu percurso, garantindo em todas as circunstâncias um padrão de conduta pessoal dignificadora da profissão (alínea a, artigo 111.º, do Código Deontológico do Enfermeiro), atingindo desta forma a competência de “*desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente*”.

Relativamente ao meu objetivo específico de “*otimizar a gestão da dor da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica com vista ao seu conforto, através da criação de um sistema de registo e consulta da escala da dor para cada doente, com as intervenções de enfermagem adequadas para a mesma*”, e para dar início às atividades que conduzem à concretização do mesmo, realizei diversa pesquisa bibliográfica. Daí afirmar que a avaliação da dor é uma diretriz da DGS, sendo uma responsabilidade dos profissionais de saúde, assim como uma referência aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, e por outro lado Sousa (2014) diz que “*o papel do enfermeiro toma uma dimensão especial e fundamental nos cuidados de conforto*” (p. 90). Nesta convergência, e dado que segundo os diagnósticos de NANDA (2013) a dor é uma alteração do conforto, é de todo o interesse associar estas duas dimensões, tendo presente toda a complexidade inerente à avaliação da dor no doente crítico, sedado e ventilado invasivamente. As consequências físicas e psicológicas da experiência de dor não identificada e portanto não tratada, são significativas e duradouras, sendo que os doentes críticos que relatam experiências dolorosas em contexto de UCI apresentavam maior incidência de dor crónica, perturbação de stress pós-traumático e menor qualidade de vida (Ferreira et al., 2014). A incapacidade do doente ventilado em comunicar verbalmente, devido à presença de tubo orotraqueal, é uma fonte de stress para os doentes críticos e pode dificultar a perceção do enfermeiro acerca das necessidades do doente. No entanto, a avaliação da dor não deve ser suprimida, pois existem diversos indicadores comportamentais, tais como expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular, *compliance* com o ventilador, sons ou vocalizações, bem como indicadores fisiológicos como alterações na frequência cardíaca, alteração da tensão arterial, do estado respiratório, pupilas dilatadas, entre outros, que podem estar associados a dor (Urden et al., 2008). A perceção e intuição fornecida pela família é também importante por forma a identificar estados de dor, conforme referem Wilson e Kolcaba (2004). Segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de

Cuidados Intensivos, aquando da elaboração do Plano Nacional de Avaliação da Dor (2011), em doentes que não comunicam, sedados e ventilados, a dor deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS). A utilização desta escala deve efetuar-se no início do turno ou antes de se iniciar um procedimento doloroso, assim como durante a aplicação do mesmo procedimento doloroso e 15 minutos após o seu término; 30 minutos após a intervenção não farmacológica e/ou farmacológica com registo das ações efetuadas.

Os profissionais da UCI onde decorreu o meu estágio, elaboraram uma norma de procedimento de avaliação da dor seguindo o plano nacional da avaliação da dor. As intervenções de enfermagem ao doente para o controlo da dor e promoção do conforto são inúmeras mas, por vezes, existem não conformidades no registo segundo a norma, devido ao sistema informático em utilização – Critical Care®, não possuir a organização adequada. Kolcaba, Tilton, Drouin (2006) deram ênfase à documentação da avaliação da dor efetuada antes e depois das intervenções como sendo essenciais para a implementação da Teoria do Conforto, e uma forma de demonstrar a avaliação efetuada e as estratégias que funcionam com intervenções de conforto. Daí, ter optado por criar um sistema de registo, cujo modelo remete para o registo dos momentos em que o doente apresentou dor e as intervenções adotadas, com nova avaliação da dor *a posteriori*. Este documento foi objeto de discussão e melhoria com o contributo dos enfermeiros chefe e orientadora e da Enf.<sup>a</sup> que estava destacada como elemento dinamizador da gestão da dor. O instrumento foi elaborado em sistema informático através do Microsoft Excel, permitindo o rápido e fácil preenchimento (Apêndice II). No início do modelo encontra-se um cabeçalho para preenchimento dos dados de identificação do doente, e logo abaixo um campo para preenchimento, caso exista história prévia de dor, sendo necessário questionar os familiares acerca das expressões faciais/comportamentos físicos que possam indicar presença de dor. Existem também outros campos, sendo que em cada alínea é solicitado o dia e hora em que estamos a efetuar a avaliação, e também solicitada a avaliação da dor com o doente em repouso através da utilização da escala BPS em versão portuguesa, adequada a doentes ventilados. Caso a mesma não se aplique, há a possibilidade de utilizar a escala numérica (EN) também inserida no modelo. De seguida, encontramos uma lista de procedimentos que podem ser considerados dolorosos, escolhendo um deles e atribuindo a avaliação da dor ao mesmo procedimento, seguido da intervenção não farmacológica e/ou farmacológica adotada, também com sugestões predefinidas das mesmas, sendo solicitada

nova avaliação da dor após implementação das medidas, por forma a conseguirmos perceber se foram eficazes e a adotarmos uma conduta para com o nosso doente, conseguindo traçar quais são os procedimentos que frequentemente causam dor ao doente e quais as medidas que mais rapidamente resultam como estratégias de controlo da dor e promotoras de conforto. Todos os campos de preenchimento de “Procedimentos dolorosos”, “Intervenção não farmacológica” e “Intervenção farmacológica” apresentam descritores associados, em que basta escolher com o clique do rato, sendo ainda possível acrescentar de forma simples mais itens caso não constem da apresentação pré-definida. No seguimento realizei a divulgação com demonstração prática em vários momentos aquando as passagens de turno, motivando os enfermeiros a aderirem ao preenchimento do documento, sublinhando sugestões de melhoria. O instrumento foi colocado em utilização durante um período de 10 dias, tendo verificado pela consulta dos dados registados que apresentava uma utilização insuficiente pelos enfermeiros. Como segunda estratégia de divulgação construí um cartaz em formato A4 (Apêndice III) que coloquei na sala de enfermagem e no dossier de registo de admissões dos doentes. Simultaneamente, fui reintroduzindo o tema, de forma informal, nas diversas passagens de turno. Após mais 10 dias, apliquei um questionário (Apêndice IV) visando avaliar o grau de utilização do instrumento e conhecer a opinião dos enfermeiros sobre o mesmo. Os dados revelaram que a opinião dos enfermeiros era positiva em relação ao instrumento, pelo que consegui assim alcançar o objetivo. Identifiquei ainda os procedimentos mais dolorosos, sendo que, os que apresentavam níveis mais elevados nas escalas de avaliação da dor referidas eram a técnica de aspiração de secreções e os posicionamentos no leito, o que vem corroborar o referido por Wilson e Kolcaba (2004) quando sinalizam como estratégias padrão no conforto, o controlo da dor com administração de terapêutica adequada e posicionamentos do corpo no leito, o que irá contribuir positivamente para a reabilitação física e prevenção de complicações. Daí a pré-definição no instrumento de sugestão de intervenções promotoras de conforto com analgesia prévia à realização das intervenções consideradas mais dolorosas. Pelo explanado, tive a oportunidade de desenvolver competências na *“abordagem em situações complexas de modo sistemático e criativo”*, bem como na *“demonstração de consciência crítica para com os problemas da prática profissional na área da especialização”*. Na consecução deste objetivo identifiquei também, que qualquer projeto de mudança só será eficaz com a contribuição, motivação e empenho dos diversos atores.

Na continuidade do meu desenvolvimento tracei o objetivo específico de “*contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente relacionados com a monitorização hemodinâmica minimamente invasiva através da criação de uma Norma de Procedimento do Monitor PiCCO<sub>2</sub>*” que surgiu no decorrer do estágio através da percepção de que a monitorização de parâmetros fisiológicos é essencial para a decisão terapêutica e diagnóstica de doentes críticos. A tecnologia de monitorização pelo monitor PiCCO<sub>2</sub>® permite determinar os principais parâmetros hemodinâmicos destes doentes, apresentando-os num monitor de cabeceira do doente. Como nos diz Benner (2001, p.51), “*a principiante avançada ou a pessoa que a orienta podem formular princípios que ditam as ações em termos de atributos e de aspetos*” pelo que, motivada pela Enf.<sup>a</sup> orientadora, e porque a temática acima referida não se encontrava uniformizada no serviço, realizei a pesquisa bibliográfica adequada de forma a aprofundar conhecimentos relativos ao tema, para *contribuir positivamente para o desenvolvimento profissional da equipa*, com a construção de uma norma de procedimento. A monitorização em questão consiste no “*estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea através da observação metódica de parâmetros clínico-laboratoriais, que permitirão a vigilância contínua de um sistema do organismo, no sentido de manter ou otimizar uma adequada perfusão e oxigenação dos tecidos*” (Jacobsen, citado por Capitão & Pires, 2009, p.51), logo a utilização de parâmetros hemodinâmicos é essencial para minimizar a isquemia tecidular, reduzindo assim a morbidade e mortalidade da pessoa em situação crítica (Silva, 2012), sendo o papel do enfermeiro, nesta área específica do cuidado de enfermagem, assente na monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, na identificação das alterações do estado clínico da pessoa e na avaliação da eficácia dos procedimentos aplicados. O enfermeiro de UCI, neste contexto, colabora ainda na colocação e manutenção dos diversos sistemas de monitorização hemodinâmica, assegurando a correta calibração e posicionamento dos transdutores na recolha de dados. Deste modo, realizei, em conjunto com a Enf.<sup>a</sup> orientadora, a norma de procedimento (Apêndice V) acerca desde método de monitorização, onde são apresentadas as indicações e contra-indicações do método, assim como uma explicação das funcionalidades do mesmo e do esquema de montagem, tendo sido oportunamente divulgado a todos os profissionais do serviço. Assim, através do desenvolvimento pessoal e profissional, com a divulgação dos saberes adquiridos, desenvolvi as competências de “*identificar as necessidades formativas de acordo com a minha área de especialização*”, assim como a “*promoção da formação em serviço*”.

Com a pretensão de prestar cuidados à pessoa com doença grave e em situação crítica, considero que o campo de estágio escolhido correspondeu às minhas expectativas, servindo para o aprofundamento de saberes e promoção da minha aprendizagem. Fazendo uma análise reflexiva sobre o estágio realizado nesta UCI, onde *“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total”* (OE, 2010), sublinho a qualidade dos cuidados prestados aos doentes aí internados e no potencial de situações de aprendizagem motivadoras de pesquisa e aprofundamento de conhecimentos, assim como no desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas.

### 2.3. UNIDADE DOR

O estágio opcional foi realizado na Unidade Funcional da Dor de um Hospital da periferia de Lisboa. Esta unidade multidisciplinar disponibiliza um conjunto de meios humanos e técnicos para proporcionar cuidados diferenciados, a utentes de todas as idades, com dor crónica e tem como missão *“prestar serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários referenciados à UD portadores de Dor Crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da área de influência do Hospital”* (Regulamento da Unidade Dor, 2015). Dispõe de consulta médica e de enfermagem, consulta telefónica de enfermagem, consulta de psicologia clínica, nutrição e dietética. Complementarmente, o doente pode ainda usufruir de diversos procedimentos farmacológicos e não farmacológicos para o controlo da dor, adequados a cada situação.

O horário de funcionamento da UD é das 8h00 às 18h30 de Segunda a Quinta-feira, e das 8h00 às 17h00 à Sexta-feira, encerrando aos fins-de-semana. A linha telefónica para utilização por parte do doente é disponibilizada das 9h00 às 17h00 de Segunda a Sexta-feira, servindo como um apoio à consulta e à gestão do regime terapêutico, possibilitando o esclarecimento de dúvidas. A acessibilidade à consulta é determinada exclusivamente por referenciação médica através da Medicina Geral, por referenciação pública e/ou privada, pela Medicina Hospitalar e ainda da referenciação por seguradoras.

Explicitam-se abaixo aqueles que geralmente são os critérios de referenciação para consulta na UD (Regulamento da Unidade Dor, 2015):

- Doente portador de síndrome doloroso que foi adequadamente avaliado e com dor refratária a tratamentos convencionais;
- Disrupção das atividades de vida diárias, em consequência de um processo de dor crónica;
- Doente que apresenta processo de dor crónica, sem diagnóstico definitivo associado;
- Problemas relacionados com medicação, no âmbito da dor;
- Perturbações de comportamento em doentes com dor crónica.

Antes da primeira consulta é realizada a triagem por uma equipa de médicos cujo processo tem por base a informação transmitida formalmente e por escrito, que deverá

conter o resumo da história clínica do doente, a terapêutica atual e progressa, bem como os exames complementares de diagnóstico realizados. Tendo em conta toda a informação analisada, é atribuída uma prioridade classificada de:

- Muito prioritário: com marcação de consulta nos 10 dias úteis seguintes;
- Prioritário: Marcação de consulta no espaço temporal inferior a 1 mês;
- Normal: com indicação para marcação de consulta num período superior a 3 meses.

Caso a referenciação seja realizada pelo médico do doente internado, solicitando observação pelos profissionais da UD, estes dirigem-se ao serviço e realizam a avaliação necessária e se for indicado a admissão na UD.

A alta da consulta UD é considerada quando o utente apresenta dor controlada por um período superior a 6 meses. Nessa altura, o médico da UD elabora um relatório dirigido ao médico assistente com a informação clínica do doente.

A Direção-Geral de Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas, instituiu a avaliação e registo da sintomatologia de dor como um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes que dela padecem, como medida fundamental para a humanização das Unidades de Saúde (DGCG, 2003). A avaliação da experiência dolorosa torna-se essencial de modo a compreender a etiologia e magnitude da mesma, por forma a implementar medidas analgésicas que vão de encontro ao controlo da dor (Tamborelli et al., 2010). Ao formular o objetivo de *“desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, na prestação de cuidados especializados à pessoa com dor crónica”* tive presente que a *“falta de educação relativamente à dor, bem como a subestimação da dor do doente e a sua avaliação incompleta e difícil têm sido identificadas como barreiras significativas ao seu tratamento adequado”* (Urden et al, 2008, p.125), sendo a avaliação e controlo da dor uma parte essencial da prática de enfermagem, demonstrativa da qualidade dos cuidados prestados.

Para dar início às atividades que conduzissem à consecução do objetivo, propus a realização de um diagnóstico de situação, dado este ser parte da descrição do problema identificado, sobre o qual se pretende atuar, pelo que, realizei primeiramente, a análise SWOT, com o objetivo de identificar as Forças, Fragilidades, Oportunidades e Ameaças potenciais à realização do projeto na área local a que se destina, que apresento de seguida.

Tabela II - Análise SWOT do estágio em UD

Strengths / Forças	Weaknesses / Fragilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Local de aprendizagem</li> <li>- Enf.<sup>a</sup> Orientadora que acompanha o processo</li> <li>- Prática baseada na evidência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não adesão à terapêutica analgésica por parte do doente com dor crónica</li> </ul>
Opportunities/ Oportunidades	Threats / Ameaças potenciais
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de revisão sistemática da literatura acerca da “adesão à terapêutica analgésica”</li> <li>- Intervir de acordo com os resultados obtidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempo limitado</li> </ul>

O diagnóstico da situação serviu depois de base para focalizar as atividades a planear no projeto (Craig et al., 2004) que, se concretizou no objetivo específico de “*contribuir para a melhoria dos cuidados promovendo a adesão do doente à terapêutica com o fim de aliviar a dor*”.

Os conhecimentos que advêm do curso de Licenciatura em Enfermagem, conjugados com a experiência profissional adquirida no serviço de urgência em conjunto com o conhecimento teórico proveniente do curso da especialidade, foram fundamentais para conseguir adequar os cuidados e priorizar necessidades. Em contexto clínico, é necessária uma estratégia de formação reflexiva, sendo também necessário o acompanhamento por um perito no processo de desenvolvimento de competências (Deodato, 2010). O papel da Enf.<sup>a</sup> orientadora foi crucial para o desenvolvimento do pensamento reflexivo, motivando-me à análise crítica com consequente pesquisa científica, conduzindo a uma prestação de cuidados especializada ao doente com dor crónica. O processo de aprendizagem decorreu de uma forma transversal e gradual, ao longo de todo o estágio. Empenhei-me de forma rigorosa no sentido de estar apta para a interpretação dos conhecimentos, adequando-os à prática dos cuidados, algo que não seria possível sem a realização do estágio. Considero que o meu empenho foi notório, traduzindo-se numa aplicação prática bem sucedida ao nível dos cuidados de Enfermagem, procurando sempre responder de forma adequada

perante as situações diárias com que me defrontei, algo que se refletiu também no meu crescimento pessoal e profissional.

Torna-se fundamental o desenvolvimento de uma cultura organizacional em torno dos princípios da participação e da reflexão crítica das práticas, no sentido de um verdadeiro trabalho em equipa (Pereira, 2008), e neste sentido penso que me consegui integrar com facilidade, sabendo como me dirigir a cada profissional com a postura e ética necessárias, sendo que colaborei com os médicos da Unidade no acolhimento ao doente e na transmissão ao médico da informação colhida, promovendo, em alguns casos, discussão e reflexão sobre os mesmos. Com a equipa de enfermagem a integração foi facilitada, todos os profissionais se mostraram bastante disponíveis para promover o meu desenvolvimento, pelo que consegui trabalhar de forma a integrar-me na dinâmica da equipa. Desta forma desenvolvi competências relacionadas com a *“capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”*. Inicialmente, a comunicação e discussão de casos era realizada essencialmente com a enfermeira orientadora, por ser a profissional de referência no processo de aprendizagem em estágio, mas, gradualmente, consegui abrangência na comunicação com toda a equipa de enfermagem, essencialmente no início do turno onde eram apresentados os doentes em regime de internamento e discutidas algumas intervenções. Também com a Enfermeira Chefe foram realizadas tertúlias de discussão e reflexão crítica, que visavam a adequação dos objetivos de estágio ao meu contexto profissional. A exemplo, na prática do serviço de urgência, geralmente atende-se primeiramente à situação ameaçadora da vida e só depois ao controlo da dor. Esta experiência em estágio sensibilizou-me para a importância de dar primazia à avaliação e controlo da dor em todas as situações, realçando em mim a vontade de intervir e mudar comportamentos, com ganhos em saúde, desenvolvendo assim competências ao nível da *“metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente”*, à semelhança do que refere Benner (2001) em que com a experiência e o domínio a competência transforma-se, levando à motivação para a aprendizagem almejando o melhoramento das intervenções para uma prática competente no processo de cuidados de enfermagem.

Segundo o artigo 97.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, é meu dever *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população,*

*adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* pelo que, acompanhando os progressos na área da saúde, devo primar pela formação contínua para conseguir prestar os melhores cuidados ao doente. As experiências vividas, aliadas aos conhecimentos que procurei adquirir, contribuíram ativamente para o meu crescimento. Este é um processo dinâmico, o que faz com o meu desenvolvimento não entre em fase de estagnação.

Atualmente, com os avanços das ciências médicas, urge a necessidade de procurarmos novos desafios e experiências, de forma a estarmos aptos para a prestação de cuidados especializados, contribuindo para a sua melhoria. Imbuída desta permissa, procurei fundamentar a minha prestação e motivação para a mudança, em evidência científica. Esta pesquisa revelou-se muito frutífera, pois foram encontradas diversas orientações normativas da DGS.

A exemplo apresenta-se de seguida uma tabela orientadora, onde se descreve em resumo a avaliação da dor crónica na pessoa idosa.

Tabela III – Resumo da avaliação da dor crónica na pessoa idosa

1	Identificar a presença de dor no idoso qualquer que seja o contexto de observação, na consulta, na urgência, no internamento ou no domicílio
2	Avaliar a dor por rotina considerando que os idosos podem não a manifestar
3	Considerar como dor outros termos usados pelos idosos para a expressar: mal-estar, agonia, moinha, queimor, formigueiro, etc.
4	Escolher a Escala Numérica ou a Escala Qualitativa como primeira alternativa
5	Recorrer a observação comportamental completa quando há dificuldade de comunicação
6	Usar diagramas ou, em alternativa, considerar os locais que o idoso apontar
7	Detectar as possíveis causas de dor através do exame físico cuidado
8	Completar sempre a avaliação da história da dor com as outras dimensões, psicológica, social, cultural e espiritual
9	Solicitar a colaboração de familiares e/ou cuidadores para auxiliar na interpretação das alterações comportamentais indicativas de dor

Fonte: DGS Orientação nº015/2010, Data 14/12/2010

Neste contexto de estágio, deparava-me diariamente com situações novas e diferentes das encontradas no meu contexto de trabalho, pois aqui cuidava de doentes com dor crónica neuropática ou nociceptiva, com graus de intensidade elevada e localizados em zonas do corpo que impediam a realização de inúmeras atividades de vida diárias. Em consulta e em regime de internamento, a avaliação que se realizava iniciava-se sempre com questões ao utente, sobre a presença de dor, a intensidade da mesma, a localização e os

fatores de alívio ou agravamento da dor, complementando o que a pessoa exprime com a observação e avaliação de comportamentos de forma individualizada, registando todas as ocorrências em local próprio, tanto no processo físico do doente em papel, assim como no sistema informático SAPE. Aprendi a importância de observar a expressão facial, os movimentos corporais, as verbalizações ou vocalizações, bem como a alteração das relações interpessoais observadas ou referidas pelo doente/família, como importantes indicadores de dor mal controlada. Todos estes indicadores eram muitas vezes alvo de discussão entre a equipa para que a avaliação fosse complementada de forma a obter um correto e eficaz controlo da dor. De forma a realizar um plano de ação e de cuidados adequado e fazer um registo correto com transmissão da informação adequada, foi necessário conhecer as várias tipologias de dor, bem como os descritores para a descrever, assim como as escalas de avaliação existentes. Caso o doente refira e sinalize dor mal controlada, utilizava a escala numérica de avaliação e/ou a escala qualitativa. Explicava cada escala, expondo o cartaz visual das mesmas, existente no serviço. Aos doentes frequentadores da consulta, que já conheciam a escala, apenas questionava em que nível da escala se situavam e, se necessário, lembrava os seus valores, expondo a escala. Relativamente aos doentes que não conseguiam verbalizar a presença/ausência de dor, principalmente os doentes em regime de internamento, utilizava a escala comportamental de DOLOPLUS, escala preconizada pela DGS (015/2010), para caracterizar a dor. Desta forma, pude desenvolver, ao longo da prestação de cuidados realizada, a competência de *“avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva profissional avançada”*.

Depois da avaliação efetuada, é necessário intervir com medidas de conforto de modo a obter o controlo da dor. O termo - medida de conforto - é muitas vezes utilizado para significar um contributo ou ação com o propósito de atingir o estado de conforto, com o propósito de aliviar o desconforto (conforto físico) e proporcionar consolo ou incentivo (conforto mental) (Kolcaba, 1991). Estas medidas de conforto são muitas vezes designadas de intervenções de enfermagem, sendo o objetivo promover um estado de bem-estar físico e mental. O trabalho dos profissionais da UD assenta nestes princípios pelo que norteiam a sua conduta no alívio da dor física e/ou mental. Os enfermeiros são muitas vezes as pessoas com maior proximidade ao utente e, como tal, devem adotar uma relação terapêutica, ou seja, uma relação de ajuda, centrada na pessoa e dirigida para a realização de determinados objetivos mútuos, sendo a empatia um requisito fundamental nesta relação

(Lazure, 1994). Aqui, o cuidar assume uma especial conotação, na medida em que, a arte do cuidar surge pela interação humana, formando o enfermeiro uma união com a pessoa, a um nível que transcendendo o físico, preserva a subjetividade da pessoa, sendo que, conforme refere Watson (2002) esta união pode potenciar a auto-recuperação, bem como, a descoberta de uma força e controlo interiores. Assim se manifesta a ação do enfermeiro da UD, aceitando que o utente traz e partilha nesta relação as suas experiências de vida, a sua inteligência, as suas crenças e motivações, e nesta partilha sublinho a importância da equipa na promoção do seu bem-estar e conforto. Integrada nesta equipa pude constatar e partilhar desta relação de proximidade e primar pela compreensão do utente, tendo presente a minha experiência e competências.

O cuidar transpessoal em enfermagem surge como um ideal moral, um meio de comunicação e partilha de sentimentos, permitindo que o recetor de cuidados assimile melhor a condição do seu próprio ser, sublinha Watson (2002). Em alguns casos de partilha de emoções e experiências, identifiquei que o processo de dor física era desencadeado pelo sofrimento psicológico agravado pelo isolamento da família quando, por exemplo, um doente referia que a sua dor agravava sempre durante a semana, quando estava sozinho, sendo que ao fim-de-semana estava com o filho e netos, pelo que a dor ficava “em sua casa”. Os processos de dor podem conduzir ao isolamento do doente, à desmotivação, com irritabilidade e cansaço, com conseqüente diminuição da qualidade de vida (Phipps, Sands, Marek, 2003). Também Wilson e Kolcaba (2004) referem este tipo de dor e desconforto, referindo que existem três tipos de conforto, sendo o primeiro relacionado com estado de alívio da dor física; o segundo tipo de conforto refere-se a um estado de contentamento para o doente, relacionado com experiências anteriores do doente ou em virtude do diagnóstico ou prognóstico. Por exemplo, cuidei de doentes em que por incertezas médicas relacionadas com o seu diagnóstico e prognóstico necessitavam de apoio emocional para conseguir conforto nesta área, sendo aqui essencial a comunicação e escuta ativa entre o enfermeiro e a pessoa e família. O terceiro tipo de conforto referido pelas autoras supracitadas é a transcendência, que engloba a necessidade de inspiração, fortalecimento e motivação, o que neste caso pode influenciar bastante a adesão ao plano terapêutico proposto pela UD e comprometer toda a situação do doente. Estas três referências a conforto foram algo que primei por ter presente na minha atuação, refletindo com os profissionais da UD a melhor intervenção para cada pessoa.

Ainda na UD, os doentes têm a ajuda de uma psicóloga, assim como um terapeuta de psicomotricidade, a que tive oportunidade de assistir em consulta. Esta terapia tem na sua base uma visão holística da pessoa, e integra as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais na capacidade de ser e de agir do indivíduo, num contexto biopsicossocial, com o objetivo de promover o desenvolvimento e maturação psicomotora no âmbito psicoafetivo (Fórum Europeu da Psicomotricidade, 2016). Também Wilson e Kolcaba (2004) referem que existem variadas intervenções promotoras de conforto e controlo da dor, não farmacológicas e farmacológicas, que podem ser utilizadas isoladamente ou em simultâneo. No âmbito das técnicas não farmacológicas no alívio da dor, após pesquisa bibliográfica e prática na UD, aprofundi conhecimentos acerca das mais utilizadas na UD, tais como:

- Diatermia: objetivo de regeneração celular mediante a elevação da temperatura do tecido na região lesada, pela circulação de correntes de alta frequência que vão estimular o movimento dos iões presentes no interior dos tecidos, restabelecendo o potencial das membranas celulares, promovendo ainda o aumento da corrente sanguínea localmente, o relaxamento muscular e conseqüentemente o controlo da dor. É indicado para recuperar lesões musculoesqueléticas e em processos inflamatórios (Zavarize et al., 2014). É realizada pelo enfermeiro, sendo um procedimento no qual me pude tornar autónoma ao longo da prática e perceber a realidade dos resultados obtidos no controlo da dor, relatados pelos doentes após algumas sessões;

- Estimulação muscular de alta frequência: consiste na estimulação muscular externa com um aparelho que emite ondas de frequência que podem ser reguladas, de modo a diminuir a dor causada pela neuropatia diabética pelo aumento do metabolismo e da melhoria da sensibilidade para a insulina. Pode ser eficaz na dor ligeira a moderada, não sendo indicado para a dor severa. É da responsabilidade dos enfermeiros observar a eficácia dos tratamentos e de realizar o ensino ao utente acerca da sua utilização (Phipps, Sands, Marek, 2003). Nestas situações, realizava o ensino ao doente para a utilização supervisionada do aparelho durante a sessão, em sala de tratamentos, além da avaliação da dor que realizava sempre em cada contato com o doente, antes e após o tratamento;

- Bandas Neuromusculares: consiste na aplicação de uma banda elástica, variando a tensão da sua aplicação. Pode ser dado um efeito mais ou menos compressor, de forma a melhorar a função do sistema circulatório e linfático. Com diferentes aplicações e justaposições com tensões variadas auxilia o sistema muscular no seu alongamento (Frade, 2013). Esta aplicação de bandas é realizada pelo enfermeiro da UD com formação

específica, sendo previamente realizada uma massagem manual adequada à zona dolorosa a tratar;

- Ozonoterapia: é uma terapia de medicina alternativa que recorre a injeções intradérmicas de ozono que será responsável por processos de oxigenação e de oxidação, que se revelam eficazes no tratamento de patologias dolorosas de origem inflamatória, infecciosa e isquémica, mais utilizada em regiões articulares como ombro, punho e joelho, sendo um procedimento realizado pelo clínico com apoio de enfermagem;

- Acupuntura: realizada pelo clínico com qualificação para tal, consiste na introdução de agulhas finas em pontos específicos do corpo e, por vezes, pela aplicação de estímulos elétricos nas agulhas, com frequências variadas, adequadas para cada situação, com o objetivo de proporcionar relaxamento muscular com consequente alívio da dor, sendo mais eficaz na dor miofascial e dor neuropática (DGS 001/2014).

Como medidas farmacológicas aplicadas na UD existe uma panóplia de terapêutica e métodos de administração possíveis. Como referenciado na orientação da DGS (015/2010), o tratamento farmacológico da dor em idosos deve ser orientado de acordo com a escada analgésica proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo em consideração as particularidades dos diferentes grupos de fármacos. O enfermeiro apresenta maior responsabilidade na tomada de decisão dos procedimentos de titulação analgésica, sendo o ajuste da dose com base na avaliação da adequação do efeito analgésico, tendo em conta os efeitos adversos apresentados. O objetivo da titulação é utilizar a menor dose possível de analgésico que obtenha os efeitos desejados de controlo da dor, com os mínimos efeitos adversos (Lewis et al., 2013). O clínico, tendo por base avaliações prévias e a medicação habitual do doente, prescreve terapêutica de forma escalonada, tendo o enfermeiro que a preparar e administrar, avaliando os efeitos referidos consoante cada administração e os tempos de ação preconizados de cada fármaco, registando os mesmos em local próprio e discutindo a abordagem com o utente e clínico. Neste contexto pude, assim, realizar estes procedimentos a vários doentes, sendo que a primeira oportunidade em que pude participar foi marcante, como descrevo de seguida: uma senhora de 50 anos participava na primeira consulta em Hospital Dia por dor neuropática no membro superior direito com incapacidade funcional, não conseguindo realizar extensão, por lesão do plexo braquial direito. A doente apresentava o processo doloroso com cerca de 10 meses de agravamento, não conseguindo encontrar soluções em consultas com o médico de família assistente, motivo pelo qual foi encaminhada para a UD. Para esta consulta foi-me dada autonomia

para a realizar e teve início com o acolhimento inicial de enfermagem com a anamnese, apliquei a escala numérica de avaliação da dor, fiz o registo do score avaliado, bem como os descritores referidos pela doente acerca da sua dor, caracterizando-a como picada e choque elétrico do ombro com sensação de dormência da extremidade do membro, com dor atual na EN=8, atingindo o pico EN=10 geralmente à noite, com intensidade média da dor ao longo do dia EN=7. Como fatores de alívio, referia o calor aplicado com a água do banho, e como fatores de agravamento as tarefas de rotina diárias como o vestir-se e alimentar-se. Nas suas atividades de vida diária demonstrava bastantes dificuldades, nomeadamente na realização da sua higiene, necessitando da ajuda do marido para se vestir, não conseguindo cozinhar as refeições, referindo ainda que apresentava insónias pelo incómodo da dor, com cansaço físico consequente e constante, o que evidenciava comprometimento do seu conforto. Aquando da realização da titulação analgésica a doente apresentou dor controlada, conseguindo progressivamente realizar extensão do membro, alcançando o estado de conforto e chegando até a adormecer. Tendo em conta que era a última doente do dia, e como percebemos que estava realmente em processo doloroso intenso, permitimos o descanso por mais uma hora em sala de tratamentos. No final do procedimento, acordei a senhora que se manifestou muito grata pelos resultados imediatos. Aqui notou-se que o conforto é essencial para o ser humano, pude cuidar da doente incluindo na minha ação a proteção e preservação da dignidade humana, conforme refere Watson (2002), dando primazia ao compromisso para o cuidar, sempre dependente da vontade e das interações com a pessoa, desenvolvendo desta forma competências na “*gestão dos cuidados na minha área de especialização*”, nomeadamente ao doente com dor crónica.

Segundo a alínea h) da Base II, do Capítulo I da Lei de Bases da Saúde decretada na Lei n.º48/90 de 24 de Agosto, em relação à política de saúde e suas diretrizes “*é incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual*”, sendo que a educação para a saúde tem como finalidade a preparação da pessoa para um papel ativo na saúde. Foram diversos os ensinamentos por mim realizados, aos utentes e familiares, tanto formal como informalmente, presencialmente e via telefónica, sendo um dos meus principais objetivos motivar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Para isso, pretende-se tornar a pessoa capaz para colaborar nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de

vida saudáveis e promotores de saúde (Simões et al., 2011). A equipa da UD corrobora com o atrás referido, pelo que, são frequentes estas intervenções, cujos temas variam entre:

- Ensinos acerca de avaliação da sua própria dor;
- Métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Como utilizar autonomamente o aparelho de estimulação muscular alta frequência em hospital dia;
- O esquema terapêutico proposto pelo clínico incluindo a terapêutica de resgate, a importância de o cumprir, de relatar efeitos adversos ou dor incontrolável.

Em consulta de enfermagem, ou mesmo em sala de tratamentos através de oportunidades de ensino informais, primei por informar o doente acerca dos tratamentos, nomeadamente alterações físicas esperadas consoante a terapêutica que é prescrita, tentando ao máximo seguir o referido por Benner (2001, p.103) em que diz que os enfermeiros “*tornam familiar aquilo que assusta ou que é estranho ao doente*”, sendo que previamente precisei de adquirir os conhecimentos que me permitiram guiar e informar o doente, alcançando de igual forma competências ao nível da “*demonstração de um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização*”.

Desde sempre procurei ter uma atitude crítica em relação à minha prática, potenciada agora neste processo formativo, sendo que a pesquisa científica, assim como a reflexão em conjunto com a enfermeira orientadora, enfermeira chefe e demais enfermeiros, assim como com a professora, fez-me consciencializar da importância de maximizar a qualidade dos cuidados prestados e a segurança clínica do doente. Daí a insistência em motivar a equipa do SUG, pela fundamentação, para a adoção de práticas promotoras de conforto aos doentes com dor. Por exemplo na utilização da escala da dor, consegui em conjunto com a equipa da UD expor a escala numérica de avaliação da dor e a escala das faces, em tamanho A3, pelos vários locais de trabalho do SUG, incentivando os enfermeiros à sua utilização. Foi gratificante verificar a sua utilização e ser, frequentemente questionada, denotando o reconhecimento do meu saber especializado, na medida em que os colegas confiam que a minha compreensão global influencia o processo de decisão, numa perspetiva que me permite saber quais os aspetos e atributos importantes, assim como refere Benner (2001) quando se refere ao estado de enfermeira proficiente.

A comunicação enfermeiro-doente é fundamental para a identificação das necessidades físicas e emocionais do doente que sofre de dor crónica. Sousa (2014) refere

que cuidar de pessoas a vivenciar uma situação de doença crónica, implica compreender as formas como cada pessoa ou família vivencia os seus problemas, manifesta as suas preocupações e necessidades, exprime os anseios e angústias. A comunicação, tanto verbal como não-verbal, é essencial no processo relacional. Ao longo do estágio, presenciei situações complexas de vivência de angústia e sofrimento físico e emocional por parte do doente e família. Com o desenrolar do estágio, aproveitei para aplicar alguma da minha experiência prática, de forma a conseguir interagir com o doente e familiares, promovendo o diálogo e daí identificar quais as necessidades sentidas, de modo, a suprimir e/ou minimizá-las.

A dor crónica tem importantes consequências físicas, psicológicas e sociais, sendo frequentemente subvalorizada nas pessoas idosas e, conseqüentemente, subtratada. Esta é uma problemática que me preocupa e sobre a qual procuro atuar de forma a implementar medidas que promovam o nível de cuidados adequados para o controlo da dor e promoção do conforto na pessoa. Num dos pressupostos da teoria do conforto defendida por Kolcaba (2001), é descrito que a pessoa esforça-se para encontrar as suas necessidades básicas do conforto satisfeitas, sendo que, se o utente alcançar o estado de conforto, estando este subentendido em quatro contextos de experiência (física, psicoespiritual, social e ambiental), ficará fortalecido para se envolver em comportamentos de busca de saúde, nomeadamente à adesão do regime de tratamento proposto. Daí, e por sinalização da equipa da UD, para as dificuldades sentidas na adesão dos doentes à terapêutica, dispus-me a aprofundar a temática, pelo que delinee o objetivo específico de *“contribuir para a melhoria dos cuidados promovendo a adesão do doente à terapêutica com o fim de aliviar a dor”*.

Como estudante da especialidade médico-cirúrgica, é suposto a aquisição de um conjunto de saberes e de competências aliadas à capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão, tornando os seus fundamentos mais sólidos e consistentes, através da evidência científica e plasmados na prática (Abreu, 2007). Assim, e para sustentar o objetivo delineado, realizei uma revisão sistemática da literatura, depois de delineado o diagnóstico de situação pela análise SWOT como referi anteriormente. O tema incidiu em determinar quais os fatores que conduzem à não adesão terapêutica, por parte da pessoa com dor crónica. Utilizei a metodologia PI[C]OS, com pesquisa em diversas bases científicas, apresentando os resultados à equipa multidisciplinar da UD, através do

método expositivo com Powerpoint (Apêndice VI). Desenvolvendo a competência de “*comunicar os resultados da investigação a audiências especializadas*”, bem como na “*produção de um discurso fundamentado*” tendo em consideração a problemática em questão, promovi o debate entre a equipa multidisciplinar onde foram debatidas as preocupações e práticas relacionadas com o tema, partilhadas experiências e referidas as necessidades. O trabalho referido, no qual coloquei empenho e motivação, contribuiu muito para o *meu desenvolvimento profissional e pessoal*, e também para o *desenvolvimento profissional dos elementos da equipa*.

Ainda no âmbito do trabalho de pesquisa desenvolvido, aliado à discussão fomentada em equipa, surgiram estratégias de intervenção para promover a adesão terapêutica, nomeadamente aos analgésicos opióides, que partilhei com a equipa, e que serviu para agilizarmos a melhor atuação de modo a contribuir para a adesão terapêutica pelo doente com conseqüente controlo da dor. Simões (2010) referenciando Roter, propõe as seguintes intervenções:

- **Intervenções Educacionais:** informação fornecida verbalmente e por escrito acerca do propósito e benefícios do medicamento, assim como do modo de administração e efeitos possíveis;

- **Intervenções Comportamentais:** questionando a pessoa sobre a adesão em cada encontro e/ou consulta. Fixar objetivos em conjunto com o utente e assegurar que o mesmo possui capacidades cognitivas e instrumentais para adesão ao regime terapêutico proposto;

- **Intervenções Afetivas:** através do aconselhamento, dando importância à comunicação e à relação interpessoal entre profissional e utente. Esta intervenção pode ser reforçada em visitas domiciliárias, consultas telefónicas e redes de suporte social e familiar.

Na sequência dos achados e conseqüente discussão dos resultados da RSL e posterior reflexão com a equipa, elaborei um folheto para ser entregue aos doentes e familiares se identificadas dúvidas no cumprimento terapêutico (Apêndice VII), conseguindo desenvolver competências ao nível da “*adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas*”.

Na minha prestação de cuidados de enfermagem, e aqui de um modo particular, *procurei incorporar resultados válidos e recentes da investigação consultada* pois a adesão à terapêutica analgésica prescrita, especificamente aos analgésicos opióides, é ainda

um problema na população atual. Apesar do doente manifestar dor, apresenta relutância relativamente à toma da terapêutica, tendo que ser esclarecido acerca dos benefícios e efeitos da mesma, em consulta de enfermagem e médica. Estando o cuidar relacionado com a autonomia humana e liberdade de escolha, como nos refere Watson (2002), é colocado ênfase na ajuda dada à pessoa na aquisição do conhecimento próprio e preparação para o auto-cuidado, motivo pelo qual estive sempre atenta para a identificação de necessidades na tentativa de ajudar o doente neste processo de co-participação da experiência da condição saúde-doença. A exemplo do atrás referido, recordo uma senhora que recorria à consulta da dor pela primeira vez, e quando realizei a anamnese, percebi que a doente estava renitente à toma da terapêutica pelo receio de adição, pois o seu filho apresentava problemas de adição em metanfentaminas. Benner (2001) refere que os doentes têm a sua própria interpretação e compreensão do seu estado, pelo que é benéfico *“dar-lhes a ocasião de se exprimirem nesse ponto, respeitando ao mesmo tempo a sua interpretação”* (p.109), algo que foi sendo aplicado no acompanhamento da situação nas consultas seguintes. A comunicação frequente com a equipa da Unidade Funcional da Dor, e a disponibilidade dos profissionais, ajudou a que, com intervenção individualizada e suportada no conhecimento, os receios da doente se fossem desvanecendo, optando inicialmente por realizar apenas a abordagem não farmacológica de acordo com a sua decisão, com progressiva adesão à terapêutica analgésica e conseqüente controlo da dor. A participação nesta situação e outras semelhantes, aliadas à reflexão da ação que efetuei, contribuíram para o desenvolvimento de competências relacionadas com os *“conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”*.

Este estágio, dado a especificidade do contexto, proporcionou-me um conjunto de experiências e aprendizagens, que aliadas à pesquisa e estudo realizado, com aquisição e aprofundamento de conhecimentos, muito contribuíram para o meu desempenho pessoal e profissional, alcançando os resultados esperados com o desenvolvimento de competências especializadas na área, conseguindo ainda mobilizar os conhecimentos para o meu contexto profissional atual, num processo empreendedor de mudança.

### 3. CONCLUSÃO

A formação revela-se essencial para a profissão de enfermagem visto que, constantemente, vivenciamos situações complexas relacionadas com a pessoa, tornando-se assim urgente desenvolver e atualizar as competências adquiridas previamente.

O conforto no controlo da dor, como objetivo do cuidado em enfermagem, foi o fator que orientou o meu processo formativo com vista à satisfação das necessidades da pessoa e família. Todo o meu trabalho se norteou no objetivo primário da avaliação e controlo da dor do doente, efetuando um planeamento dos cuidados, transversal aos estágios, de modo a que seja também aplicado na minha prática de cuidados diária e no meu contexto profissional, promovendo o desenvolvimento da profissão, o bem-estar e o melhor cuidado aos doentes.

Com as vivências em estágio, consegui aprofundar e adquirir novos conhecimentos, bem como desenvolver competências na área da especialização médico-cirúrgica, de forma dinâmica, proativa e eficaz, e só assim consegui avançar na elaboração do pensamento crítico para os problemas da prática profissional. No decorrer do processo de aprendizagem surgiram dificuldades, nomeadamente na abordagem de situações imprevistas e complexas, que foram sendo colmatadas gradualmente com o contributo dos enfermeiros orientadores, sendo que os momentos de discussão e reflexão em contexto de estágio, bem como com a professora orientadora, foram de grande importância para enfrentar e ultrapassar os diferentes desafios, reforçando a minha motivação neste processo complexo.

No meu percurso de aprendizagem, consegui elevar o nível de complexidade do meu entendimento e da minha reflexão crítica relacionado com a área da prestação de cuidados ao doente em situação crítica. No meu contexto profissional, fui também procurando espaço para abordar questões e desenvolver o pensamento crítico, partilhando os resultados das minhas aprendizagens em campo de estágio, de forma a promover a melhoria dos cuidados prestados, incentivando também os meus colegas.

O presente relatório de estágio tornou-se essencial para a reflexão e registo das atividades desenvolvidas, bem como para a divulgação das experiências efetuadas e competências adquiridas. Deste modo, consegui progredir, alcançando competências como

enfermeira especialista, revelando conhecimento científico para intervir, nas equipas multidisciplinares, no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

No futuro, pretendo dar continuidade ao trabalho efetuado, promovendo a divulgação dos resultados obtidos, procurando o desenvolvimento de trabalhos de investigação relevantes para a prática clínica de enfermagem, com o objetivo primordial da prestação de cuidados de excelência.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN 978-972-8485-87-0.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade. *Fórum Europeu de Psicomotricidade*, Consultado em Novembro de 2016. disponível em <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade-na-europa>.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Editor Quarteto, ISBN 972-8535-97-X.

Capitão, E.; Pires, J. (2009). Como eu, Enfermeiro, faço Monitorização Hemodinâmica. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*, 16(3) p.52-53, ISSN 0872-3087.

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (2016). *Plano de Atividades 2016*, disponível em [http://www.chln.pt/media/k2/attachments/plano\\_atividade/Plano%20de%20Atividades%202016.pdf](http://www.chln.pt/media/k2/attachments/plano_atividade/Plano%20de%20Atividades%202016.pdf).

Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; SMI-UCIMC (2014). *Plano Formação em Serviço 2014-2015*, consultado em suporte impresso no respetivo serviço em Fevereiro 2016.

Chou, P.; Lin, C. (2011). A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomized control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1858-1869. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.0374.x.

Deodato, S. (2010). Supervisão de Cuidados: Uma estratégia Curricular de enfermagem. *Percursos*, 18, p.3-8, ISSN 1646-5067; disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos\\_n18.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n18.pdf)

Deodato, S. (2012). *Direito da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina, S.A., Depósito Legal: 341221/12.

Direção-Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor.; Circular Normativa N°09/DGCG.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Orientação N°015/2010.

Direção-Geral da Saúde (2014). *Abordagem Terapêutica da Dor Neuropática no Adulto e no Idoso*. Orientação N°001/2014.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Sistemas de Triagem de dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna*. Circular Normativa N°002/2015.

Frade, S. (2013). Bandas Neuromusculares: qual a evidência científica que suporta a sua utilização?. *Revista de Medicina Desportiva*, 4(6), 19-22.

Ferreira, N.; Miranda, C.; Leite, A; Revés, L.; Serra, I., Fernandes, A.; Freitas, P. (2014). Dor e Analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20.

Gomes, B.; Mela, M. - *Regulamento da Unidade Dor*. (2015.05.28) versão 3, divulgado na Circular Normativa N°149 a 2015.11.02.

Grondin, L.; Lussier, R.; Phaneuf, M.; Riopelle, L. (1992). *Planificação dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Instituto PIAGET, Depósito Legal: 59633/92, ISBN: 972-9295-18-2.

Hospital Garcia de Orta, EPE. – Serviço Urgência Geral, consultado em Julho de 2016; disponível em <http://www.hgo.pt/Servicos/Urgencias/UrgenciaGeral.aspx>.

International Association for the Study of Pain (2012). *Classification of Chronic Pain*. including the pain definitions (taxonomy), consultado em Março de 2016, disponível em <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677>.

Kipping, K.; Maier, C.; Bussemas, H.; Schwazer, A. (2014). Medication Compliance in Patients with Chronic Pain. *Pain Physician Journal*, 17, 81-94.

Kolcaba, K., Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort; *Journal of Advanced Nursing*, USA, 16, 1301-1310.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research; *Nurs Outlook*, 49, 86-92, doi:10.1067/mno.2001.110268.

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, ISBN: 9789729539954.

Wilson, L.; Kolcaba, K. (2004). Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting.; *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 164-173.

Kolcaba, K.; Tilton, C.; Drouin, C. (2006). Comfort Theory – A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment; *The Journal of Nursing Administration - JONA*, Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 36(11), 538-544.

Lei de Bases de Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro.

Lewis, E.; Combs, A.; Trafton, J. (2010). Reason for Under-use of Prescribed Opioid Medication by Patients in Pain. *Pain Medicina*, 11, 861-871.

Lewis, S.; Dirksen, S.; Heitkemper, M.; Bucher, L.; Camera, I. (2013). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda., ISBN: 978-85-352-4541-7.

Manzano, A.; Ziegler, L.; Bennett, M. (2013). Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, p.1877-1888. DOI: 10.1111/jocn.12447.

Markotic, F.; et al. (2013). Adherence to Pharmacological Treatment of Chronic Nonmalignant Pain in Individuals Aged 65 and Older. *Pain Medicine*; 14, 247-256.

NANDA International (2013). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação (2012-2014)*. Porto Alegre: Artmed Editora Lda., CDU 616.083.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: OE, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Aprovado pelo Decreto-Lei n.º161/96 de 4 Setembro, posteriormente alterado e republicado pela Lei n.º156/2015 de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf).

Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transportes de Doentes Críticos Recomendações*; Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda., ISBN: 978-972-8485-92-4, Depósito Legal: 274270/08.

Phipps, W.; Sands, J.; Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*, Loures: Lusociência, Lda., ISBN: 972-8383-65-7, Depósito Legal: 200247/03.

*Plano Nacional da Avaliação da Dor* – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, publicado em 2011.

Ponce, P.; Mendes, J. (2015). *Manual de Medicina Intensiva*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda., ISBN: 978-989-752-070-9.

Roque, A.; Gonçalves, R. (2015). A higiene oral nos Cuidados Intensivos: prevenir a Pneumonia Associada ao Ventilador. *Livro de Resumos do 3º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. P.39-41, ISBN:978-989-8444-32-5.

Santos, C; Pimenta, C.; Nobre, M. (2007). A Estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 15(3).

Santos, A.; Freitas, P.; Martins, H. (2013, Janeiro 23) Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J Published Online First*. doi:10.1136/emermed-2012- 201782.

Silva, N. (2012). Inovações em Anestesia I. *Newsletter de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.*, 5(1), 01, ISSN 1646-9666.

Simões, C.; Nogueira, C.; Lopes, D.; Santos, N.; Peres, S. (2011, Setembro 25). Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional dos Açores - *Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde...*; consultado em Dezembro de 2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>.

Simões, R. (2010). A adesão ao regime terapêutico in *Revista Hospitalidade*, 74 (290), 19-24.

Sousa, P. (2013). Comunicação em enfermagem: uma estratégia para a adesão terapêutica in *Revista Científica*, 9(19), 44-45, ISSN: 2072-7550.

Sousa, P. (2014). O conforto da pessoa idosa. Lisboa: Universidade Católica Editora, Unipessoal, Lda., ISBN: 978-972-54-0440-9.

Tamborelli, V.; Costa, A.; Pereira, V.; Torturella, M. (2010). O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. *Revista Geriatria & Gerontologia*, 4(3), 146-153.

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra*. Lusociência, 481-493, ISBN: 9789728383749.

Urden, L.; Stacy, K.; Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Loures: Lusodidacta, ISBN: 978-989-8075-08-6, Depósito Legal: 272202/08.

Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde (2012). *Mestrado em Enfermagem de natureza profissional: Regulamento Geral*, Disponível na Instituição.

Valentin, A.; Ferdinande, P.; (2011 October). ESICM Working Group on Quality Improvement – Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*. 37(10), DOI 10.1007/s00134-011-23007.

Vicent, J.L. *et al.* (2011). Clinical review: Update on hemodynamic monitoring – a consensus of 16. *Critical Care*, 15:229, DOI: 10.1186/cc10291.

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência* (2ª ed.). Lisboa:Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda., 2ªedição, Depósito Legal: 273135/08; ISBN: 978-972-54-0195-8.

Yoong, J.; et al. (2013). A Pilot Study to Investigate Adherence to Long-Acting Opioids among Patients with Advanced Lung Cancer. *Journal of Palliative Medicine*; 16(4), 391-396. DOI: 10.1089/jpm.2012.0400.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar na Teoria de Enfermagem*; Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-33-9, Depósito Legal: 175 485/02.

World Health Organization (2003). *Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action*. Switzerland, ISBN 92 4 154599 2.

Zavarize, S.; Martelli, A; Machado, S.; Sant'ana, E. (2014). Diatermia por ondas curtas: Análise da temperatura corporal superficial por termografia. *Revista Científica Perspectivas online, Ciências Biológicas e da Saúde*, 12(4), 35-47.

## APÊNDICES



APÊNDICE I – Pesquisa “Dexmedetomidine – Efeito Analgésico”



## **Dexmedetomidine – Efeito Analgésico**

Foi realizada uma pesquisa de artigos científicos acerca do fármaco Dexmedetomidine – Dexdor<sup>®</sup>, sendo o mesmo utilizado em contexto de UCI como sedativo quando o objetivo pretendido é o de uma sedação mais ligeira, estimulando o doente a despertar e permanecer consciente. Nesta pesquisa pretende-se analisar o efeito analgésico do mesmo fármaco.

### **OBJETIVO**

O objetivo primordial desta pesquisa é identificar “*Qual o efeito analgésico do fármaco Dexmedetomidine?*”.

### **ESTRATÉGIAS DE PESQUISA:**

#### ***Critérios de inclusão***

Período temporal: pela data publicação: Jan/2011 – Jun/2016

#### ***Limitadores***

- Texto completo
- Data de publicação: 20110201-20160631
- Analisado por especialistas
- Faixas etárias\* All Adults
- Texto completo em PDF\*
- Idioma. Português, Inglês, Espanhol

### **Descritores:**

Como palavras-chave para esta pesquisa são introduzidos os seguintes descritores Mesh através do método booleano:

- **Dexmedetomidine AND analgesics**

Faixa etária: Adulto

Resultados: 21 artigos

Excluídos pelo título: 12

Excluídos pelo abstract: 1

Excluído após leitura na íntegra: 2

Total aproveitados:6

Tipologia dos artigos aproveitados: Artigos de investigação

### **Bases de dados:**

Todos os artigos foram pesquisados em bases de dados consultadas na Internet através da EBSCO Research Databases que alcança as seguintes bases:

- CINAHL Complete
- MEDLINE Complete
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
- Database of Abstracts of Reviews of Effects
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Cochrane Methodology Register
- Library, Information Science & Technology Abstracts
- MedicLatina
- Health Technology Assessments
- NHS Economic Evaluation Database
- EBSCO, SCIENCE DIRECT e PUBMED.

## RESULTADOS

### Quadro VII – Resultados do artigo I

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados																																								
“Opioid Requirements in Mechanically Ventilated Trauma Patients Receiving Dexmedetomidine Versus Propofol”	Ohoud A. Aljuhani, Courtney B. McKinney, Brian L. Erstad, PharmD (2012)	Comparar a necessidade de analgésicos opióides em pacientes com trauma a receber dexmedetomidina e propofol para sedação, enquanto em fase de desmame da ventilação mecânica.  Revisão da Literatura.	<p>Foi utilizada a escala da dor não verbal.</p> <table border="1"> <caption>TABLE 3 Primary and Secondary Outcomes</caption> <thead> <tr> <th>Time, h</th> <th>Propofol, Mean (SD)</th> <th>Dexmedetomidine, Mean (SD)</th> <th>P</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Opioid requirements (µg fentanyl/day)</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>883.9 ± 1177.7</td> <td>769.3 ± 994.5</td> <td>.727</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>969.5 ± 794.1</td> <td>539.6 ± 861.0</td> <td>.080</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Pain scores</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>0.83 ± 1.42</td> <td>1 ± 1.05</td> <td>.470</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>0.94 ± 1.47</td> <td>1.27 ± 2.08</td> <td>.490</td> </tr> <tr> <td colspan="4">RASS scores</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>-1.62 ± -2</td> <td>-0.33 ± 1.33</td> <td>.149</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>-0.73 ± -1</td> <td>0.5 ± 1.3</td> <td>.260</td> </tr> </tbody> </table> <p>O uso de opióides foi requerido em maior escala em associação ao propofol do que na utilização do dexdor.</p> <p>Escala da dor avaliada é semelhante com propofol e dexdor.</p> <p>A média da pontuação Rass tendeu a ser menor durante o propofol em comparação com a dexmedetomidina, mas essas diferenças não foram estatisticamente significativas, obtendo-se em ambos os agentes um nível semelhante de sedação.</p>	Time, h	Propofol, Mean (SD)	Dexmedetomidine, Mean (SD)	P	Opioid requirements (µg fentanyl/day)				24	883.9 ± 1177.7	769.3 ± 994.5	.727	48	969.5 ± 794.1	539.6 ± 861.0	.080	Pain scores				24	0.83 ± 1.42	1 ± 1.05	.470	48	0.94 ± 1.47	1.27 ± 2.08	.490	RASS scores				24	-1.62 ± -2	-0.33 ± 1.33	.149	48	-0.73 ± -1	0.5 ± 1.3	.260
Time, h	Propofol, Mean (SD)	Dexmedetomidine, Mean (SD)	P																																								
Opioid requirements (µg fentanyl/day)																																											
24	883.9 ± 1177.7	769.3 ± 994.5	.727																																								
48	969.5 ± 794.1	539.6 ± 861.0	.080																																								
Pain scores																																											
24	0.83 ± 1.42	1 ± 1.05	.470																																								
48	0.94 ± 1.47	1.27 ± 2.08	.490																																								
RASS scores																																											
24	-1.62 ± -2	-0.33 ± 1.33	.149																																								
48	-0.73 ± -1	0.5 ± 1.3	.260																																								

Quadro VIII – Resultados do artigo II

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
“Dexmedetomidine infusion for analgesia up to 48 hours after lung surgery performed by lateral thoracotomy”	Michael A. E. Ramsay, MD, Kate B. Newman, BSN, CCRC, Barbara Leeper, MN, CCRN, Baron L. Hamman, MD, Robert F. Hebel Jr., MD, A. Carl Henry, MD, Harry Kourlis Jr., MD, Richard E. Wood, MD, Jack A. Stecher, MD, and H. A. Tillmann Hein, MD (2014)	Analisar o efeito analgésico e de segurança da perfusão de dexmedetomidina quando administrada 24 a 48 horas após a cirurgia, determinando a necessidade inicial de opióides  Estudo Quantitativo, Experimental.	grupo do dexdor usou 41% menos opióides mas obteve pontuações de dor iguais às do grupo de placebo.  Em conclusão, o conhecido efeito de opióide-sparing (poupador de opióides) como propriedade da dexmedetomidina no período pós-operatório imediato é mantido ao longo de 48 horas.

Quadro IXII – Resultados do artigo III

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
“Dexmedetomidina más bupivacaína a frente a bupivacaína a sola en infusión peridural para el control del dolor postquirúrgico”	Vaca-Damy Anabel, Villaseñor-Santillán Lizette, Ríos-Alatorre Abril Anel, Ramírez-Ruiz Manuel, Hernández-Gutiérrez Deoselina, Valdez Santiago, Ochoa-Guzmán Ana, Ruiz-Sandoval José Luis, Chiquete Erwin. (2011).	Avaliar a eficácia da dexmedetomidina em anestesia epidural, como uma estratégia para reduzir a dor pós-cirúrgica.  Estudo Quantitativo, Experimental.	Foram observadas diferenças significativas a partir da classificação subjetiva da dor dos pacientes, a partir de 4 horas após o início da infusão, favorecendo o grupo Bupi / Dexme (p <0,05). Além disso, o tempo para administração analgesia de resgate e a dose cumulativa o analgésico foram menores no grupo Bupi / Dexme, em comparação com o grupo de bupivacaína sozinha (ambos p <0,05).

Quadro XV – Resultados do artigo IV

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
<p>“Dexmedetomidine as an Adjuvant Analgesic for Intractable Cancer Pain”</p>	<p>Seth B. Roberts, M.D., Ph.D., Colin P. Wozencraft, M.D., Patrick J. Coyne, R.N., M.S.N., and Thomas J. Smith, M.D. (2011)</p>	<p>Descrever o dexdor como uma terapêutica analgésica adjuvante num paciente com dor oncológica refratária a várias modalidades de tratamento.</p> <p>Estudo Qualitativo, Estudo de Caso.</p>	<p>VAS inicial: 8–9 on a 0–10</p> <p>Depois de quatro titulações da dexmedetomidina ao longo de um período de 3 horas, atribuiu VAS=6</p> <p>Em outras alterações à terapêutica analgésica. Doente não apresentou sedação significativa.</p> <p>FC inicialmente tinha sido 100bpm, diminuiu para os 90bpm.</p> <p>PAS que varia entre os 120 e os 160mmHg.</p> <p>Dia 2: VAS=8 mas também chegou ao VAS=0</p> <p>Dia 3: VAS=9 Considera-se nova titulação mas o paciente deseja ir para casa, tendo alta.</p> <p>Colocado cateter epidural -&gt; VAS=0 Tentase então desmamar Dexdor e iniciar clonidina e bupivacaína e a dor voltou.</p> <p>Nos dias em que mantinha o Dexdor a utilização de terapêutica em SOS reduziu para metade.</p> <p>A experiência sugere que a dexmedetomidina pode rapidamente fornecer analgesia para pacientes com dor. Em segundo lugar, pode ter um efeito poupador de opióide , que era importante para o nosso paciente que estava começando a sofrer de toxicidade limitante da dose de opióide , isto é, mioclonias.</p> <p>Dexdor pode ser utilizado com segurança em regime de internamento um cuidados paliativos, fora da UCI.</p>

Quadro V – Resultados do artigo V

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
“Dexmedetomidine #280”	Kasey Malotte, PharmD, Kathryn Walker, PharmD, and Drew A. Rosielle, MD (2014).	Demonstrar a utilização do Dexdor em cuidados paliativos. Revisão da Literatura.	<p>Doses de dexmedetomidina foram utilizadas como analgésico, embora não existam ensaios clínicos controlados a investigar esta utilização específica. Um relato um caso de um paciente com dor oncológica severa refratária mostrou que o uso temporário (cerca de três dias) de dexmedetomidina em 0,2-0,6 mcg/kg/hora reduziu grandemente a dor do paciente. Esta dose foi não sedativa para o paciente.</p> <p>Houve também uma intrigante série de casos publicados, descrevendo o uso de dexmedetomidina por suspeita de hiperalgesia induzida por opióides(OIH). Nesta casuística, os pacientes sobre os opióides em altas doses com suspeita de OIH foram transferidos para a UCI e adm dexmedetomidina a taxas de 0.2-0.7mcg/kg/hora durante dois a sete dias. Coincidente com o início da infusão, as doses de opióides foram reduzidas em cerca de 70% aparentemente com igual ou melhor analgesia.</p> <p>Os autores pensam que o dexdor pode fazer um “reset da sensibilidade aos opióides” embora o verdadeiro mecanismo de ação para este efeito, não foi determinado.</p>

Quadro VI – Resultados do artigo VI

Título	Autor(es) / Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
<p>“Dexmedetomidine as Adjuvant Therapy for Acute Postoperative Neuropathic Pain Crisis”</p>	<p>Thomas O’Neil, MD, Phillip E. Rodgers, MD, and Cameron Shultz, PhD, MSW (2014).</p>	<p>Descrever o uso de Dexdor num paciente com sarcoma que sofre de crises de dor neuropática. (dor crónica, paliativos).</p> <p>Estudo Qualitativo, Estudo de Caso.</p>	<p>Paciente apresentava dor mesmo sob perfusão fentanil e terapêutica com metadona.</p> <p>Após início de infusão com Dexdor o doente apresentou dor controlada e sono tranquilo; e mesmo assim conseguia comer e interagir o que não acontecia sob opióides e BZD’s.</p> <p>Dexdor sem efeitos secundários associados/relatados.</p> <p>Permitiu reduzir dose metadona.</p> <p>Manteve-se ativo no seu plano tratamento, conseguindo uma adesão terapêutica eficaz.</p> <p>Esteve também desperto para atribuir um valor de dor na escala.</p>



## APÊNDICE II – Instrumento de Avaliação da Dor



## PROJETO DE ESTÁGIO - *Avaliação da Dor*

Eu, Catarina Fradinho, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, estou neste momento a realizar estágio na UCIMC.

Tendo como área de interesse a avaliação da Dor, e sabendo que é norma de procedimento no serviço, pretendo criar um instrumento de registo no sentido de quantificar e qualificar os cuidados de enfermagem, otimizando assim o sistema de registo existente.

De acordo com auditorias recentes, o registo da avaliação da dor de acordo com a norma n.º 1.1– Avaliação da Dor, em vigor no serviço, nem sempre é realizado, o que poderá estar relacionado com o atual sistema de registo Critical Care®, não possuir a organização adequada.

O instrumento que proponho passa por registar os momentos em que o doente apresentou dor e as intervenções adotadas, com nova avaliação da dor *a posteriori*.

Deste modo, solicito a vossa colaboração na consulta do método de registo proposto e uma possível contribuição com sugestões e ideias.

O plano que proponho é que a partir do dia 14/03/2016 se inicie o preenchimento do instrumento de forma experimental, efetuando 10 dias depois a avaliação da utilização, identificando as necessidades de mudança/melhoria do mesmo.

Desde já grata pela vossa atenção e tempo disponibilizado,

*Sistema de registo impresso em anexo, com possibilidade de consulta em formato informático (EXCEL) nos vários computadores com o título do ficheiro “Registo Enf. Avaliação da Dor”.*

Sugestões:

## Visualização Geral do Instrumento de Registo:

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E INTERVENÇÕES

DADOS IDENTIFICAÇÃO	Cama	Nome	NSC
	17	ANTONIO JOSE SILVA	124550789

História prévia de dor	
------------------------	--

Dia	Hora	BPS em Repouso					Procedimento Doloroso	BPS ao Procedimento					Intervenção Não Farmacológica	Intervenção Farmacológica	BPS após 30min				
		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica			Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica
01/03/2016	00h00	1	1	1	3		Posicionamentos	2	2	4	8		Massagem	Paracetamol	2	1	1	4	
02/03/2016	01h30	2	2	2	6		Aspirar Secreções	2	1	2	5		Toque terapêutico		1	1	1	3	
					0						0							0	
					0						0							0	
					0						0							0	
					0						0							0	
					0						0							0	

**História prévia da dor:** Ao passar com o rato em cima da célula aparece a legenda do que é requisitado neste parâmetro.

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E INTERVENÇÕES

DADOS IDENTIFICAÇÃO	Cama	Nome	NSC
	17	ANTONIO JOSE SILVA	124550789

História prévia de dor	Averiguar com família história prévia de dor: junto dos familiares averiguar expressões faciais/comportamentos físicos que podem indicar presença de dor
------------------------	--

Dia	Hora	BPS em Repouso					Procedimento Doloroso	BPS ao Procedimento					Intervenção Não Farmacológica	Intervenção Farmacológica
		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica		
01/03/2016	00h00	1	1	1	3		Posicionamentos	2	2	4	8		Massagem	Paracetamol
02/03/2016	01h30	2	2	2	6		Aspirar Secreções	2	1	2	5		Toque terapêutico	
					0						0			
					0						0			

**BPS:** Ao passar com o rato em cima da célula aparece a legenda do que é requisitado neste parâmetro, sendo apenas necessário colocar o número na célula correspondente, aparecendo automaticamente o somatório dos 3 parâmetros da Escala BPS onde diz **BPS TOTAL**.

**Escala Numérica:** Colocamos o número de 0 a 10 correspondente à escala (para os doentes aos quais a BPS não se adequa).

## REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E INTERVENÇÕES

DADOS IDENTIFICAÇÃO	Cama	Nome	NSC
	17	ANTONIO JOSE SILVA	124550

História prévia de dor

Dia	Hora	BPS em Repouso					Escala Numérica	BPS ao Procedimento					Intervenção Não Farmacológica	Interv. Farmacológica
		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica		
01/03/2016	00h00	1	2	2	5						0	4		Parac
02/03/2016	01h30				0						0			

**Expressão Facial**

1-Relaxada

2-Parcialmente Contraída = sobrelhas franzidas

3-Completamento contraída = pálpebras fechadas

4-Careta = esgar facial

**Procedimento Doloroso:** Ao clicar com o rato em cima da célula aparece a legenda do que é requisitado neste parâmetro, tendo apenas que clicar em cima do pretendido.

Dia	Hora	BPS em Repouso					Escala Numérica	Procedimento Doloroso	BPS ao Procedimento					Intervenção Não Farmacológica	Interv. Farmacológica
		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica			Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica		
01/03/2016	00h00	1	2	2	5						0	4		Parac	
02/03/2016	01h30				0		Aspirar Secreções				0				
					0		Posicionamentos				0				
					0		Penso cateteres				0				
					0		Penso cirúrgico				0				
					0						0				
					0						0				
					0						0				
					0						0				
					0						0				

**Intervenção Não Farmacológica e Farmacológica:** Ao clicar com o rato em cima da célula aparece a legenda do que é requisitado neste parâmetro, tendo apenas que clicar em cima do pretendido.

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E INTERVENÇÕES

<b>DADOS IDENTIFICAÇÃO</b>	Cama	Nome	NSC
	17	ANTONIO JOSE SILVA	124550789

História prévia de dor	
------------------------	--

Dia	Hora	BPS em Repouso					Procedimento Doloroso	BPS ao Procedimento					Intervenção Não Farmacológica	Intervenção Farmacológica	BPS após 30min				
		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica			Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total	Escala Numérica
01/03/2016	00h00	1	2	2	5	Posicionamentos	2	3	3	8		Tramadol	2	1	1	4			
					0					0		Paracetamol				0			
					0					0		Ceterolac				0			
					0					0		Nolotil				0			
					0					0		Tramadol				0			
					0					0		Morfina				0			
					0					0		Incremento analgesia perfusão				0			
					0					0						0			
					0					0						0			

APÊNDICE III – Cartaz de divulgação do instrumento de Avaliação da Dor



## REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E INTERVENÇÕES

Já está em utilização o instrumento de registo!

No disco →



“Avaliação da dor: Registo de Enf”

→ Abrir o ficheiro



e fazer Guardar como:

Dar um novo título ao ficheiro: NOME Doente – NSC”

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E INTERVENÇÕES

DADOS IDENTIFICAÇÃO	Cama	Nome	NSC
	17	ANTONIO JOSE SILVA	124550789

História prévia de dor	
------------------------	--

Dia	Hora	BPS em Repouso				Procedimento Doloroso	BPS ao Procedimento				Intervenção Não Farmacológica	Intervenção Farmacológica	BPS após 30min			
		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total		Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total			Expressão Facial	Membros Superiores	Adaptação ao Ventilador	BPS Total
01/03/2016	00h00	1	1	1	3	Posicionamentos	2	3	3	8	Massagem	Tramadol	1	1	1	3
					0					0		Paracetamol				0
					0					0		Ceterolac				0
					0					0		Nolotil				0
					0					0		Tramadol				0
					0					0		Morfina				0
					0					0		Incremento analgesia perfusão				0

A Avaliação da dor é norma de procedimento do serviço.

Este instrumento surge com o objetivo de facilitar o registo de enfermagem.

Encontra-se a teste com possibilidade de alterações.

Catarina Fradinho  
Aluna Mestrado Enf. Médico-Cirúrgica



APÊNDICE IV – Questionário sobre o instrumento de Avaliação da Dor



## REGISTO DA AVALIAÇÃO DA DOR E INTERVENÇÕES

Eu, Catarina Fradinho, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, estou a realizar estágio no vosso serviço. Sabendo que a avaliação da Dor é Norma de Procedimento no Serviço, elaborei um instrumento de registo por forma a que a informação associada fique devidamente registada e organizada.

Venho deste modo averiguar se o instrumento se encontra adequado ao serviço e de acesso fácil aos enfermeiros.

Desde já agradeço a vossa atenção e tempo disponibilizado!

**Questões - Assinale com uma cruz (X) a(s) resposta(s) pretendida(s):**

**Tem utilizado o instrumento de registo da Avaliação da Dor?**

- Não
- Algumas vezes
- Frequentemente

**Se respondeu Não ou Algumas vezes na resposta anterior, escolha das seguintes opções a que o justificam:**

- Esquecimento
- Escassez de tempo
- Não concordo com o instrumento
- Outro: \_\_\_\_\_

**Considera que o instrumento é de fácil preenchimento?**

- Sim
- Não

Se respondeu não, por favor justifique:

---

---

---

**Sugestões de melhoria:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

APÊNDICE V – Intervenções de Enfermagem na monitorização hemodinâmica com monitor PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>



**Norma de Procedimento nº 4.6 – Cuidados de Enfermagem na monitorização hemodinâmica com monitor PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>.**

### **DEFINIÇÃO**

Conjunto de ações de enfermagem que visam a colocação, manutenção e remoção de um sistema que permite a avaliação e monitorização hemodinâmica contínua da pessoa em situação crítica, visando o diagnóstico, terapêutica e prevenção de alterações hemodinâmicas graves.

### **OBJETIVOS**

- Definir o conjunto de intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa sob monitorização minimamente invasiva com monitor PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>.
- Uniformizar procedimentos de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa sob monitorização invasiva com monitor PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>.
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

### **ÂMBITO**

Aplica-se a todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgica (UCIMC), do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital de Santa Maria, do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), que no decurso das suas funções prestem cuidados de enfermagem à Pessoa sob monitorização hemodinâmica minimamente invasiva com monitor PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>.

## DESCRIÇÃO

A monitorização hemodinâmica apresenta-se como uma importante ferramenta no diagnóstico e decisão terapêutica da pessoa em situação crítica internada na Unidade de Cuidados Intensivos. Esta consiste no *“estudo dos movimentos e pressões da circulação sanguínea através da observação metódica de parâmetros clínico-laboratoriais, que permitirão a vigilância contínua de um sistema do organismo, no sentido de manter ou otimizar uma adequada perfusão e oxigenação dos tecidos”* (Jacobsen, citado por CAPITÃO & PIRES, 2009, p.51). A utilização de parâmetros hemodinâmicos é essencial para minimizar a isquemia tecidual, reduzindo assim a morbilidade e mortalidade da pessoa em situação crítica (SILVA, 2012).

O papel do enfermeiro, nesta área específica do cuidado de enfermagem, assenta essencialmente na monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, na identificação das alterações do estado clínico da pessoa e na avaliação da eficácia dos procedimentos aplicados (CAPITÃO, 2009). Na verdade, os enfermeiros, como principais observadores do estado clínico da pessoa e da resposta às intervenções terapêuticas, são indiretamente responsáveis pelas escolhas terapêuticas efetuadas, uma vez que, estas resultam dos dados colhidos por si. A interpretação errada de dados ou a incapacidade de reconhecer complicações poderá levar a agravamento da condição da pessoa aumentando a morbimortalidade. Assim, além de colaborar na colocação e manutenção dos diversos sistemas de monitorização hemodinâmica, bem como monitorizar e vigiar complicações, compete também ao enfermeiro assegurar a correta calibração e posicionamento dos transdutores na recolha de dados. No que respeita ao controlo de infeção é da responsabilidade do enfermeiro vigiar os locais de inserção dos cateteres e tomar as devidas precauções na prevenção de processos infecciosos (CAPITÃO, 2009).

Atualmente, com o crescente desenvolvimento tecnológico, têm sido disponibilizados vários métodos de monitorização minimamente invasiva para monitorização do débito cardíaco (DC) e dos parâmetros que o determinam: pré-carga, resistência vascular sistémica (RVS) e contractilidade (CAPITÃO, 2009). Estes métodos são, geralmente, baseados na termodiluição transpulmonar, na análise do contorno da onda de pulso (exemplo: Vigileo<sup>®</sup>) ou na utilização dos dois processos em simultâneo, como é o caso do sistema de PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>.

A Utilização do PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup> tem essencialmente dois objetivos (VICENT *et al*, 2011):

- *Objetivo preventivo*: quando uma pessoa necessita de monitorização minimamente invasiva com o intuito do planeamento das ações antes que um problema significativo ocorra.
- *Objetivo terapêutico*: quando já existe um diagnóstico definido, no sentido de identificar processos fisiopatológicos subjacentes de modo a que seja adequado o tratamento.

Geralmente a medição direta do DC é efetuada na pessoa que permanece hipotensa apesar da fluidoterapia instituída, quando há evidência de hipoperfusão tecidual global (LAMAS, 2015). Serve como forma de classificar a responsividade a volume, avaliar as RVS e identificar situações de insuficiência cardiovascular (PINSKY, 2014).

O DC é uma das variáveis mais importantes para diagnóstico da função cardíaca, sendo definido como a quantidade de sangue ejetado pelo coração num minuto.

$$\text{DC} = \text{VOLUME SISTÓLICO (VS)} \times \text{FREQUÊNCIA CARDÍACA (FC)}$$

VS = Volume de sangue que é ejetado a cada sístole.

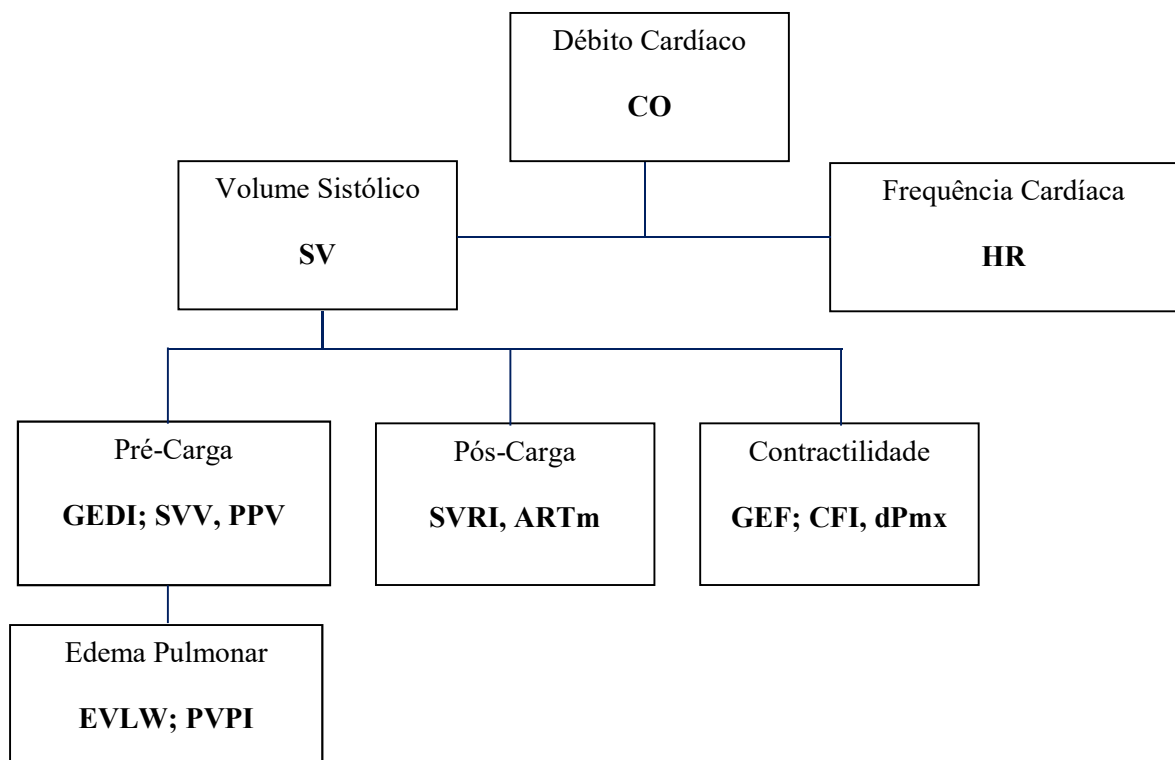
FC = N<sup>o</sup> contrações cardíacas por minuto.

A utilização do PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup> implica a inserção de um cateter venoso central (CVC) e um cateter específico na artéria femoral. No CVC conecta-se externamente um sensor que mede a temperatura da solução que irá ser injetada. No cateter arterial será monitorizada a pressão arterial de forma contínua e avaliada a temperatura sanguínea, após injeção da solução, através de um sensor incorporado no próprio cateter (CARNEIRO, 2012).

## I. INDICAÇÕES PARA MONITORIZAÇÃO MINIMAMENTE INVASIVA COM MONITOR **PiCCO<sub>2</sub>**<sup>®</sup>:

- Instabilidade hemodinâmica
- Sepsis
- Grandes cirurgias
- Transplantes
- Politraumatizados
- Queimados graves
- Choque
- ARDS
- Insuficiência Cardíaca Grave

## II. PARÂMETROS HEMODINÂMICOS OBTIDOS COM O **PiCCO<sub>2</sub>**<sup>®</sup>:



	<b>Parâmetro em Inglês</b> <i>Parâmetro em Português</i>	<b>Sigla</b>	<b>Definição</b>	<b>Valores Referencia</b>	<b>Unidades</b>
<b>Fluxo</b>	Cardiac Index <i>Índice Cardíaco</i>	CI	O DC indexado à área de superfície corporal.	3.0-5.0	l/min/m <sup>2</sup>
	Stroke Volume Index <i>Índice de Volume Sistólico</i>	SVI	É o volume de sangue ejetado pelo ventrículo esquerdo a cada batimento cardíaco, indexado à área de superfície corporal.	50-60	ml/m <sup>2</sup>
<b>Pré-carga</b>	Global End-Diastolic Volume Index <i>Índice de volume diastólico final global</i>	GED I	Equivale ao volume de pré-carga total do coração (volume de sangue que preenche as quatro câmaras cardíacas no final da diástole).	680-800	ml/m <sup>2</sup>
	Intrathoracic Blood Volume Index <i>Índice de Volume de sangue intratorácico</i>	ITBI	Volume de sangue que preenche os vasos intratorácicos e as câmaras cardíacas.	850-1000	ml/m <sup>2</sup>
<b>Resposta a Volume</b>	Stroke Volume Variation <i>Variação Volume Sistólico</i>	SVV	Representa o quanto o VS varia a cada contração cardíaca.	≤10	%
	Pulse Pressure Variation <i>Variação da Pressão de Pulso</i>	PPV	Reflete os valores de SVV, pois a pressão de pulso é diretamente proporcional ao volume sistólico.	≤10	%

	<b>Parâmetro em Inglês</b> <i>Parâmetro em Português</i>	<b>Sigla</b>	<b>Definição</b>	<b>Valores Referencia</b>	<b>Unidades</b>
<b>Pós-Carga</b>	Systemic Vascular Resistance Index <i>Índice de Resistência Vascular Sistêmica</i>	SVR I	Mede a resistência encontrada pelo fluxo sanguíneo entre os acessos venoso e arterial, indexado à área de superfície corporal.	1700-2400	Dyn*s* cm <sup>-5</sup> *m <sup>2</sup>
<b>Contractilidade</b>	Cardiac Function Index <i>Índice da Função Cardíaca</i>	CFI	É obtido pela razão entre o DC e o Volume Diastólico final global (GEDV).	4.5-6.5	l/min
	Global Ejection Fraction <i>Fração Ejeção Global</i>	GEF	É obtida pela relação entre o volume total ejetado pelo coração a cada sístole e o volume total contido no coração durante a diástole. Para calcular o GEF, considera-se que cada uma das câmaras cardíacas ejetam a mesma quantidade de sangue por contração cardíaca.	25-35	%
	Index of Left Ventricular Contractility <i>Índice de contractilidade do ventrículo esquerdo</i>	dPmx	Indica a velocidade de elevação da pressão aórtica durante a sístole.	-/-	mmHg/s
	Cardiac Power Index <i>Índice de Potência Cardíaca</i>	CPI	Medida geral da função cardíaca (capacidade de gerar pressão e fluxo).	0,5-0,7	W/m <sup>2</sup>

	<b>Parâmetro em Inglês</b> <i>Parâmetro em Português</i>	<b>Sigla</b>	<b>Definição</b>	<b>Valores Referencia</b>	<b>Unidades</b>
<b>Oxigenação</b>	Central venous Oxygenation <i>Oxigenação Venosa Central</i>	ScvO <sub>2</sub>	Indicação precoce de desequilíbrio entre a distribuição de O <sub>2</sub> e o consumo de O <sub>2</sub> .	70-80	%
	O <sub>2</sub> Delivery Index <i>Índice de Distribuição de O<sub>2</sub></i>	DO <sub>2</sub> I	Relação entre o DC, a hemoglobina e a SaO <sub>2</sub> indexado à área de superfície corporal.	400-650	ml/min/m <sup>2</sup>
	O <sub>2</sub> Consumption Index <i>Índice de Consumo de O<sub>2</sub></i>	VO <sub>2</sub> I	Relação entre o DC, a hemoglobina e a saturação O <sub>2</sub> no sangue misto indexado à área de superfície corporal.	125-175	ml/min/m <sup>2</sup>
<b>Edema Pulmonar</b>	Extravascular Lung Water Index <i>Índice de água pulmonar extravascular</i>	ELWI	Correlaciona o volume térmico extravascular nos pulmões, sendo determinado pelo método do tempo de trânsito médio.	3.0-7.0	ml/Kg
	Pulmonary Vascular Permeability Index <i>Índice de permeabilidade vascular pulmonar</i>	PVPI	Indica a relação entre a água pulmonar ELWI e o volume sanguíneo pulmonar auxiliando no diagnóstico do edema pulmonar.	1.0-3.0	ml/Kg

### III. TERMODILUIÇÃO TRANSPULMONAR – CALIBRAÇÃO:

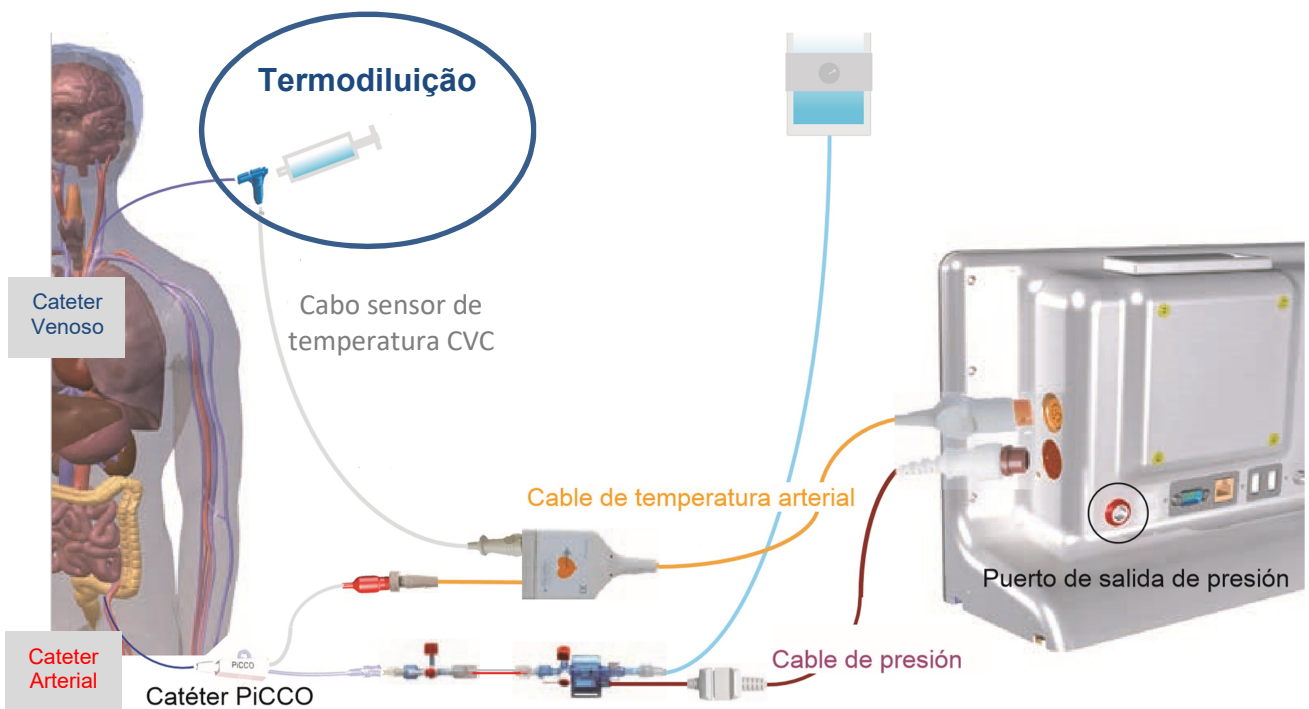
A termodiluição transpulmonar é necessária para calibrar a medição do Débito Cardíaco Contínuo (CCO) obtido pela análise de contorno da onda de pulso, conferindo maior confiabilidade às medidas realizadas.

Para iniciar o procedimento a pessoa deve ser colocada em posição dorsal. A calibração realiza-se mediante o método de termodiluição, injetando a uma velocidade rápida (10 seg) bólus de 15 a 20cc de NaCl 0.9% frio, geralmente à temperatura <8°C, no lúmen distal do CVC, onde está colocado o sensor da temperatura do sistema PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>. O bólus frio dirige-se ao coração direito, pulmão e coração esquerdo, sendo avaliado na artéria onde está colocado o cateter (artéria femoral). Este processo é repetido três vezes, num período de 10 min, para corrigir estatisticamente possíveis desvios na medição. É importante

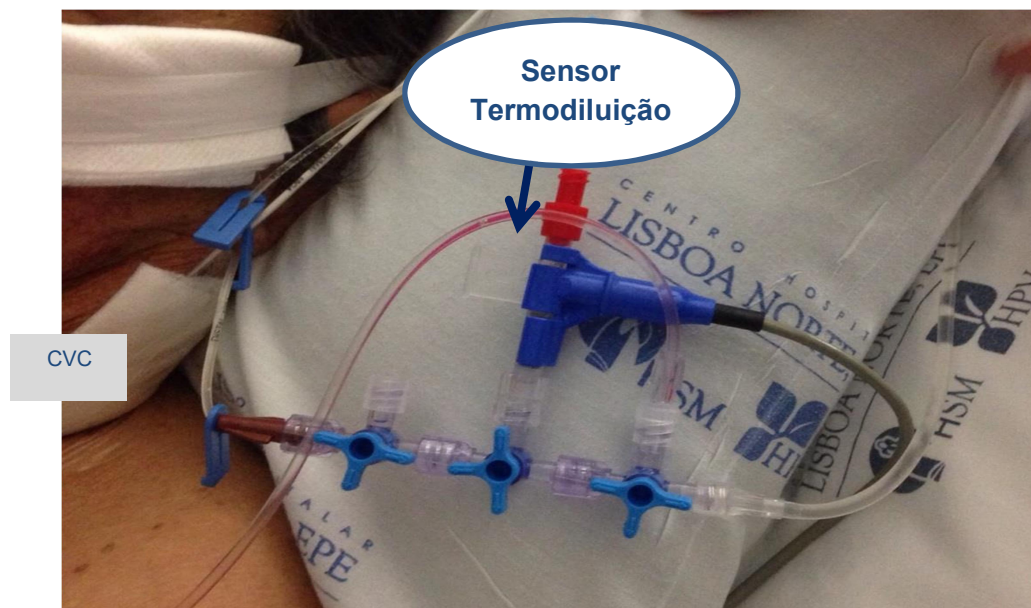
garantir o zero da pressão arterial e o nivelamento do transdutor de pressão ao nível do eixo flebostático (linha média axilar), antes de efetuar a calibração.

Os dados obtidos por este método são estáticos, isto é, são medidos apenas no momento da administração do bólus e, por conseguinte, em caso de alterações da condição da pessoa, deve ser repetida a calibração. Recomenda-se calibrar o sistema, pelo menos três vezes por dia.

**Figura 1 – Imagem ilustrativa do Sistema PiCCO<sup>®</sup>.**



**Figura 2 – Sensor de temperatura para realização de termodiluição. Posição correta da via de acesso.**



#### **IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO DO MONITOR PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>:**

##### Limitações:

- É recomendada a utilização do cateter PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup> durante um período máximo 10 dias.
- Para a avaliação do parâmetro de resposta a volume é necessário que a pessoa se encontre submetida a ventilação mecânica controlada, sem respiração espontânea e em ritmo sinusal (sem disritmias e artefactos).

##### **Condições Gerais:**

##### Hipotermia:

Não tem influência na medida de termodiluição desde que a temperatura da pessoa esteja estabilizada, mantendo-se a utilização de SF gelado para as medições. A medição da termodiluição não é recomendada nos casos em que não se consegue uma temperatura estável, pois as constantes alterações de temperatura da pessoa, irão influenciar as medições.

#### Vasoconstritores/Inotrópicos/Fluidoterapia:

Todos os parâmetros são corretamente calculados. Em caso de alterações significativas na administração de catecolaminas ou fluidoterapia, deve ser calibrado (realizar zeros) o transdutor de avaliação da pressão arterial.

#### Balão Intra-Aórtico:

Os parâmetros de termodiluição são medidos corretamente. A análise do contorno da onda de pulso não tem significância.

#### Técnica de Substituição Renal Contínua (Hemofiltração/hemodiálise):

Se o sistema de avaliação da termodiluição não coincidir com o circuito por onde está a ser realizada a técnica de substituição renal, os parâmetros são avaliados corretamente. Caso contrário, obter-se-ão erros de leitura da temperatura da solução injetada.

### **Condições Cardíacas:**

#### Insuficiência Valvular:

A insuficiência valvular causa regurgitação sanguínea, pelo que irá alterar o método da termodiluição, em virtude do aumento do tempo que decorre até a solução chegar à leitura. O aumento do tempo de circulação do SF injetado pode resultar numa alteração dos valores de GEDI e ITBI sendo que no entanto, estes conseguem ainda ser avaliados através da monitorização da curva durante o procedimento de termodiluição. Caso não exista um prolongamento do tempo da curva o valor poderá ser considerado correto.

#### Estenose Aórtica:

Todos os parâmetros são avaliados corretamente.

### Shunt Intracardiaco:

Existe alteração na curva de termodiluição, pelo que, os restantes parâmetros não podem ser considerados válidos.

### Aneurisma da Aorta:

GEDI e TBI estão aumentados devido ao aumento de volume condicionado pelo aneurisma da aorta.

### Disritmias Cardíacas:

Os parâmetros de termodiluição são medidos corretamente.

A análise do contorno da onda de pulso é avaliada corretamente em disritmias com ritmo cardíaco moderado (Flutter auricular com FC normal; Fibrilhação auricular com FC normal; extrassístoles esporádicas).

Em disritmias severas (taquidisritmia, taquicardia supraventricular) a análise do contorno da onda de pulso é considerada falível. Aconselha-se recalibrar com 5 medidas de termodiluição.

## **Condições Pulmonares:**

### Ressecção parcial do pulmão:

É efetuado o cálculo correto do DC e do GEDI. A avaliação e valorização do parâmetro de ELWI depende da extensão de pulmão removido.

### Alterações da perfusão pulmonar:

O valor de ELWI é desvalorizado quando há distúrbios significativos da perfusão pulmonar, por exemplo no caso de tromboembolismo pulmonar.

Derrame pleural:

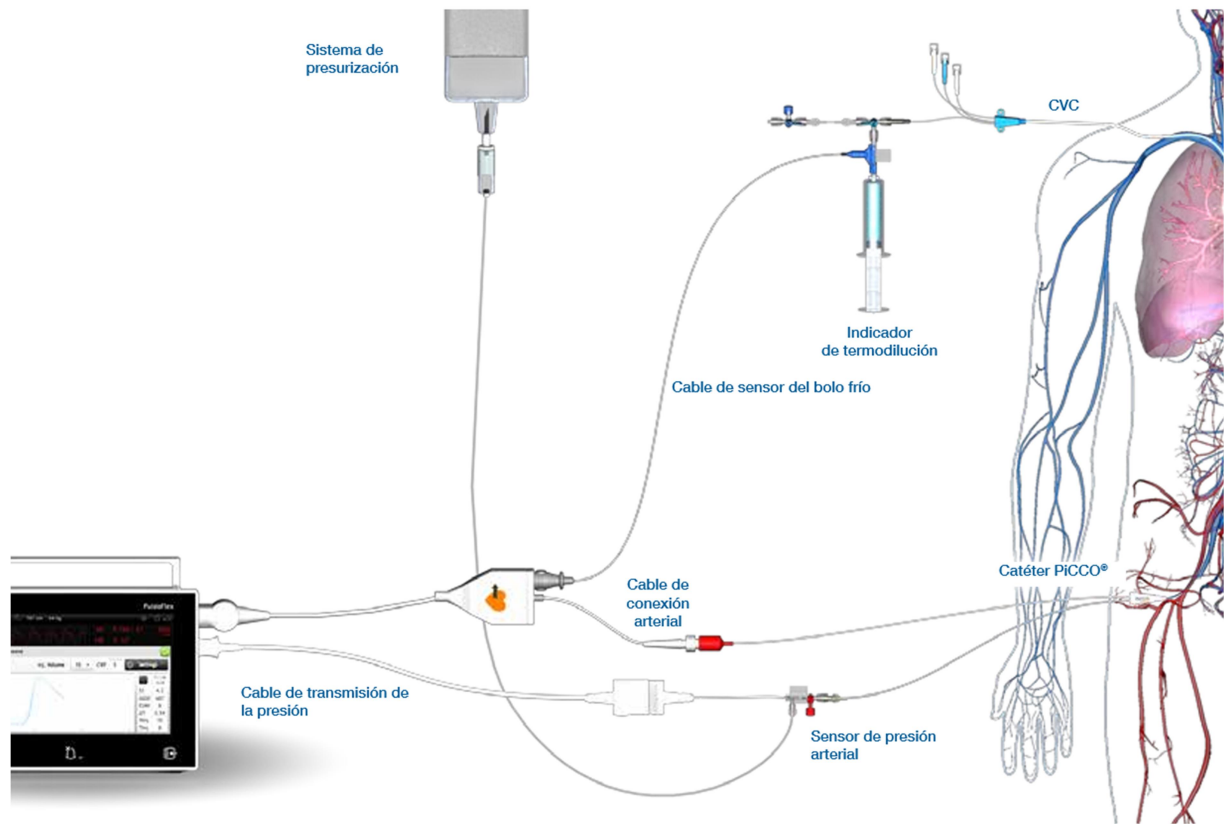
Não exerce influência na medição ELWI porque a área de contacto entre o parênquima pulmonar e o fluido pleural é mínimo.


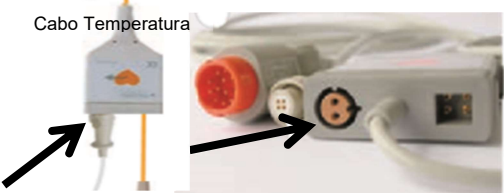
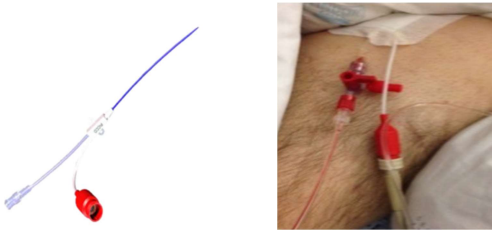
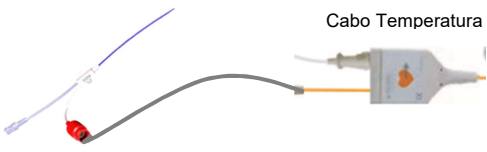


**V. CONCORRENTES E SUAS DESVANTAGENS EM RELAÇÃO AO PICCO<sub>2</sub><sup>®</sup>:**

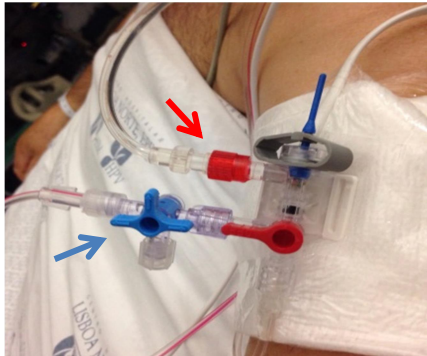
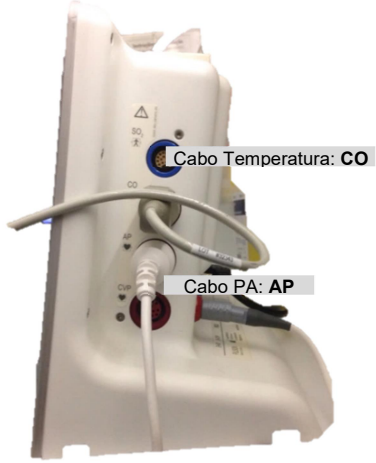

CONCORRENTE	DESVANTAGENS
<b>Edwards Vigileo<sup>®</sup> (FloTrac)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Não realiza calibração da análise do contorno da onda de pulso (medidas questionáveis).</li><li>- Algoritmo de cálculo baseia-se em informações pressupostas e apresenta apenas uma tendência do valor de CCO ao invés do valor de CO absoluto.</li><li>- Menos parâmetros medidos (CCO).</li></ul>
<b>LiDCO<sup>®</sup> LiDCO<sup>®</sup> plus</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utiliza lítio para calibração (droga com efeitos colaterais, contraindicações e limitações de uso).</li><li>- Vida útil limitada do sensor – 12h.</li><li>- Necessidade de se retirar amostras de sangue.</li><li>- Menos parâmetros medidos (CCO; SV, SVV, SVR).</li></ul>
<b>Edwards Vigilance<sup>®</sup>/ Vigilance<sup>®</sup> II</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Extremamente invasivo (cateter da artéria pulmonar – <i>Swan-Ganz</i>).</li><li>- Valores de CCO com atraso superior a 3min.</li><li>- Não pode ser aplicado em doentes pediátricos.</li><li>- Menos informações sobre volume (somente do lado direito do coração).</li></ul>

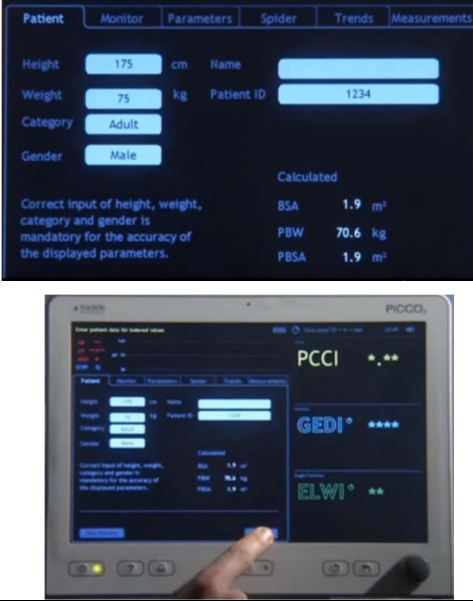
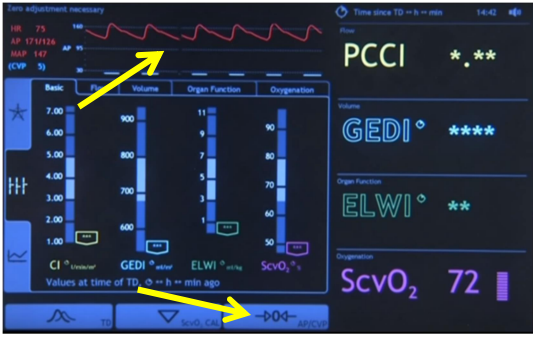
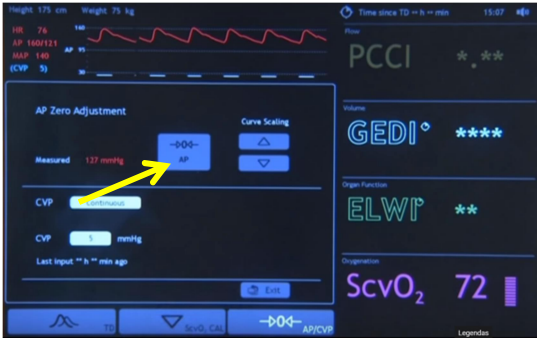
PHILIPS<sup>®</sup>, 2013.

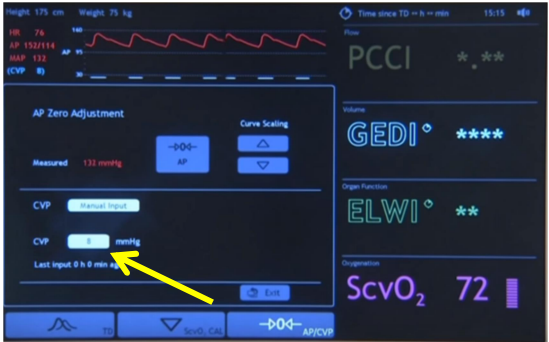
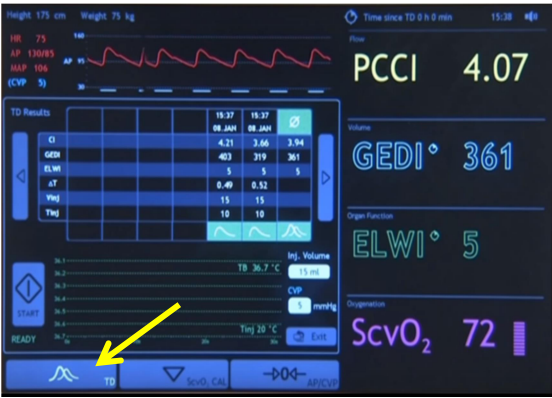
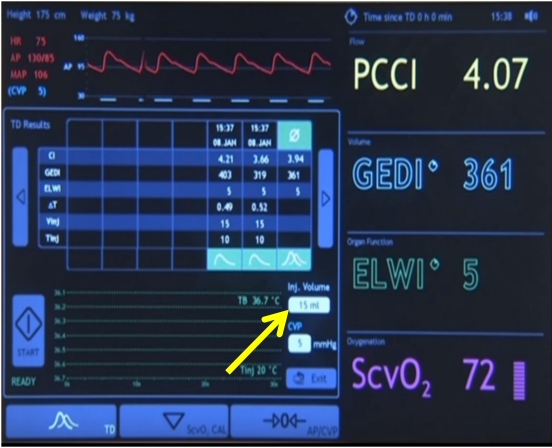
## MONTAGEM DO SISTEMA:



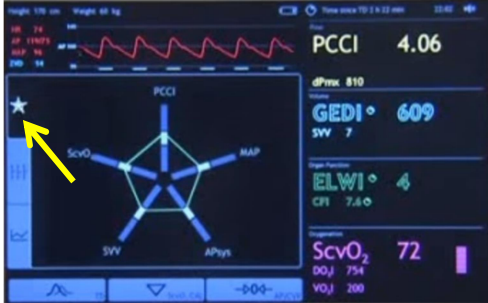
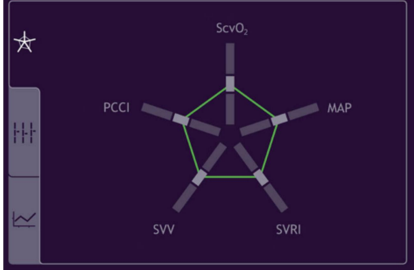
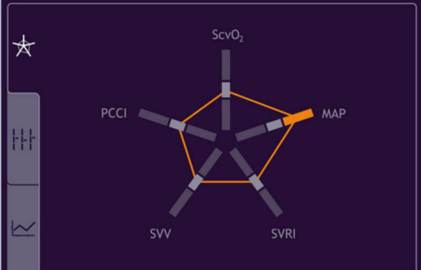
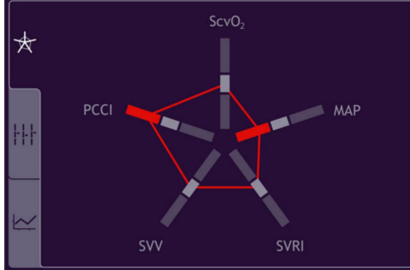
INTERVENÇÕES	IMAGEM
<p>➔ Sistema Venoso (ver Norma de Procedimento nº 4.1 – CVC)</p>	
<p>Conecte a extremidade azul do cabo sensor da temperatura (NÃO DESCARTÁVEL) ao cateter venoso central, de preferência ao lúmen distal, na conexão com uma torneira de 3 vias.</p>	
<p>A extremidade do cabo sensor de temperatura venoso deve ser conectada ao cabo da temperatura.</p>	<p>Cabo Temperatura</p> 
<p>➔ Sistema Arterial</p>	
<p>Cateter Arterial – Cateter PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>  <b>NOTA:</b> Ver Norma de Procedimento nº 4.3 – Cuidados à pessoa na colocação, manutenção e remoção do cateter arterial.</p>	
<p>Extremidade vermelha: Será conectado o cabo que irá ligar ao cabo da temperatura.</p>	
<p>Extremidade transparente: Será ligado ao sistema de monitorização da pressão arterial: Sistema transdutor para PA com PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup> ➔ Cabo PA.</p>	
<p>É necessário uma manga pressão com Bolsa de SF de tamanho adequado à manga (500ml ou 1000ml), com pressão a 300mmHg.</p>	

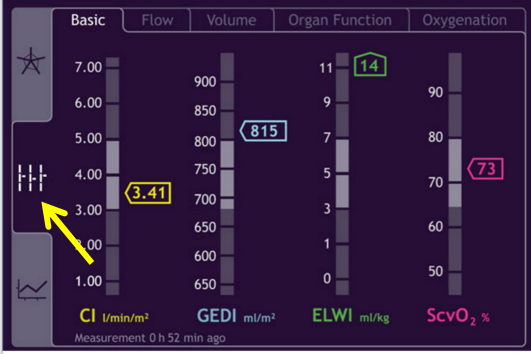
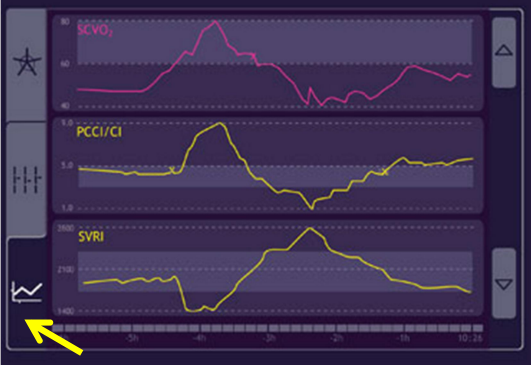
INTERVENÇÕES	IMAGEM
<p>A extremidade do sistema do SF colocado na manga de pressão irá conectar ao sistema do transdutor para PA com PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup> ( )</p> <p style="text-align: center;">➔</p> <p>Conecta-se também uma torneira de 3 vias à conexão vermelha, por forma a montar o sistema macho/macho para avaliação da PVC. ( )</p> <p style="text-align: center;">➔</p> <p>O transdutor deverá ser fixo ao membro superior da pessoa, utilizando como medida o eixo flebostático.</p>	
<p>➔ <b>Conexão de cabos ao monitor PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cabo de Temperatura conecta no local CO – para monitorização intermitente do DC pelo método de termodiluição transpulmonar.</li> <li>• Cabo Pressão Arterial conecta no local AP – para monitorização contínua pela análise do contorno da onda de pulso arterial.</li> </ul>	
<p>➔ <b>Ligar o monitor:</b></p> <p>O botão de ligar/desligar monitor PiCCO<sub>2</sub><sup>®</sup> encontra-se na parte de trás do mesmo. O controlo de funções funciona com o toque diretamente no ecrã e/ou através dos botões de tarefas inseridos na extremidade inferior do ecrã.</p>	

INTERVENÇÕES	IMAGEM
<p>→ <b>Admitir Paciente:</b></p> <p>Ao ligar, o dispositivo irá perguntar se é um novo paciente ou não. Selecione 'SIM' em conformidade e confirmar.</p> <p>Em seguida, digite os dados específicos da pessoa incluindo: Altura; Peso; Categoria; (Adulto/pediátrico), Género.</p>	
<p>→ <b>“Zerar” a Pressão Arterial</b></p> <p>Para “zerar” PA pode clicar-se em cima da “curva de PA” ou no bordo inferior do ecrã onde aparece o desenho de acesso que diz “AP/CVP”</p>	
<p>Abrir o sistema para atmosfera e carregar na tecla “AP”.</p> <p>Quando aparecer o zero onde diz “Measured”, colocar de novo o sistema para a pessoa, de forma a obter a leitura.</p>	

INTERVENÇÕES	IMAGEM
<p>Introduzir o valor de PVC da pessoa onde aparece “CVP”.</p> <p>Premir “EXIT”.</p>	
<p>➔ <b>Termodiluição – Calibração:</b></p>	
<p>São necessárias 3 medições de termodiluição iniciais para calibrar o dispositivo e obter os parâmetros.</p> <p>Prepare as 3 seringas com o SF gelado.</p> <p>Carregar no ícone do canto inferior esquerdo (com a seta da imagem ao lado), para abrir a janela respetiva.</p>	
<p>Para adultos recomenda-se que se utilize a quantidade entre 15 a 20ml de SF.</p> <p>Geralmente se o peso da pessoa for:</p> <p>&lt;50Kg = 10ml SF</p> <p>&lt;100Kg = 15ml SF</p> <p>&gt;= 100 = 20ml SF</p> <p>Confirme se o valor a injetar corresponde ao que aparece no monitor. Neste local pode ser alterado a quantidade de infusão.</p>	

INTERVENÇÕES	IMAGEM																																																								
<p>Conecte a seringa junto do sensor de temperatura no lúmen distal do CVC.</p> <p>Quando estiver pronto para injetar o SF clique em START.</p>	 <p>Height 175 cm Weight 75 kg Time since TD 0 h 0 min 15:28</p> <p>HR 75 AP 130/85 MAP 106 PCCI 4.07</p> <p>GEDi° 361</p> <p>ELWI° 5</p> <p>ScvO<sub>2</sub> 72</p> <p>TD Results</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CI</td> <td>4.21</td> <td>3.66</td> <td>3.94</td> </tr> <tr> <td>GEDi</td> <td>403</td> <td>319</td> <td>361</td> </tr> <tr> <td>ELWI</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ΔT</td> <td>0.49</td> <td>0.52</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Vinj</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tinj</td> <td>10</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Inj. Volume 15 ml</p> <p>TB 36.7 °C</p> <p>CVP 5 mmHg</p> <p>Tinj 20 °C</p> <p>READY</p>		15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	CI	4.21	3.66	3.94	GEDi	403	319	361	ELWI	5	5	5	ΔT	0.49	0.52	5	Vinj	15	15		Tinj	10	10																													
	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN																																																						
CI	4.21	3.66	3.94																																																						
GEDi	403	319	361																																																						
ELWI	5	5	5																																																						
ΔT	0.49	0.52	5																																																						
Vinj	15	15																																																							
Tinj	10	10																																																							
<p>Irá aparecer no ecrã “Inject 15ml” e surge a curva da temperatura no gráfico.</p> <p>Injete com rapidez.</p> <p>Depois de realizadas as 3 medições, num período de tempo total de 10 min aproximadamente, conseguimos obter os parâmetros no monitor.</p>	 <p>TD Results</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CI</td> <td>4.21</td> <td>3.66</td> <td>3.94</td> </tr> <tr> <td>GEDi</td> <td>403</td> <td>319</td> <td>361</td> </tr> <tr> <td>ELWI</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ΔT</td> <td>0.49</td> <td>0.52</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Vinj</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tinj</td> <td>10</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Inj. Volume 15 ml</p> <p>TB 36.7 °C</p> <p>CVP 5 mmHg</p> <p>Tinj 20 °C</p> <p>Inject 15ml</p> <p>STOP</p> <p>Injection</p> <p>TD Results</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CI</td> <td>4.21</td> <td>3.66</td> <td>3.94</td> </tr> <tr> <td>GEDi</td> <td>403</td> <td>319</td> <td>361</td> </tr> <tr> <td>ELWI</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ΔT</td> <td>0.49</td> <td>0.52</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Vinj</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tinj</td> <td>10</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Inj. Volume 15 ml</p> <p>TB 36.2 °C</p> <p>CVP 5 mmHg</p> <p>Tinj 20 °C</p>		15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	CI	4.21	3.66	3.94	GEDi	403	319	361	ELWI	5	5	5	ΔT	0.49	0.52	5	Vinj	15	15		Tinj	10	10			15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	CI	4.21	3.66	3.94	GEDi	403	319	361	ELWI	5	5	5	ΔT	0.49	0.52	5	Vinj	15	15		Tinj	10	10	
	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN																																																						
CI	4.21	3.66	3.94																																																						
GEDi	403	319	361																																																						
ELWI	5	5	5																																																						
ΔT	0.49	0.52	5																																																						
Vinj	15	15																																																							
Tinj	10	10																																																							
	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN																																																						
CI	4.21	3.66	3.94																																																						
GEDi	403	319	361																																																						
ELWI	5	5	5																																																						
ΔT	0.49	0.52	5																																																						
Vinj	15	15																																																							
Tinj	10	10																																																							
<p>No canto superior direito fica registado há quanto tempo foi realizada a última calibração do monitor.</p>	 <p>Height 175 cm Weight 68 kg Time since TD 0 h 55 min 15:38</p> <p>HR 76 AP 100/73 MAP 74 PCCI 4.58</p> <p>ZWO 14</p> <p>GEDi° 609</p> <p>ELWI° 4</p> <p>ScvO<sub>2</sub> 72</p> <p>TD Results</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> <th>15:37 08 JAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CI</td> <td>4.21</td> <td>3.66</td> <td>3.94</td> </tr> <tr> <td>GEDi</td> <td>403</td> <td>319</td> <td>361</td> </tr> <tr> <td>ELWI</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ΔT</td> <td>0.49</td> <td>0.52</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Vinj</td> <td>15</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tinj</td> <td>10</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Inj. Volume 15 ml</p> <p>TB 36.2 °C</p> <p>CVP 5 mmHg</p> <p>Tinj 20 °C</p> <p>Values at time of TD, 0 h 55 min ago</p>		15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	CI	4.21	3.66	3.94	GEDi	403	319	361	ELWI	5	5	5	ΔT	0.49	0.52	5	Vinj	15	15		Tinj	10	10																													
	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN	15:37 08 JAN																																																						
CI	4.21	3.66	3.94																																																						
GEDi	403	319	361																																																						
ELWI	5	5	5																																																						
ΔT	0.49	0.52	5																																																						
Vinj	15	15																																																							
Tinj	10	10																																																							

INTERVENÇÕES	IMAGEM
<p>➔ <b>Visualização dos Parâmetros (3 opções):</b></p>	
<p><b>1. Método da Aranha/SpiderVision</b></p> <p>A tela <i>SpiderVision</i> permite verificar a situação geral hemodinâmica da pessoa. Serve como um indicador de “<i>nível de risco dinâmico</i>” usando apenas parâmetros contínuos.</p> <p>A cor do gráfico indica o risco atual, permitindo através de uma visualização rápida detetar alterações.</p>	
<p><u>Nível de risco dinâmico – Verde:</u></p> <p>Todos os parâmetros estão dentro dos intervalos definidos ou normais. O gráfico aparece na cor verde - a situação hemodinâmica do paciente da pessoa é estável.</p>	
<p><u>Nível de risco dinâmico – Laranja:</u></p> <p>Um parâmetro foi alterado e está fora do intervalo definido. O gráfico aparece na cor laranja - estado hemodinâmico da pessoa pode ser instável.</p>	
<p><u>Nível de risco dinâmico – Vermelho:</u></p> <p>Dois ou mais parâmetros mudaram e estão fora dos intervalos definidos. O gráfico aparece na cor vermelha - estado hemodinâmico da pessoa está instável e pode piorar.</p>	

INTERVENÇÕES	IMAGEM
<p><b>2. Método Perfis/Profiles:</b></p> <p>Visão detalhada do nível do parâmetro.</p> <p>O ecrã "Perfis" permite uma visualização rápida dos parâmetros específicos e os desvios da normalidade.</p>	
<p><b>3. Método Tendências/Trends:</b></p> <p>O ecrã "Tendências" permite acompanhar as alterações hemodinâmicas e efeitos da terapêutica ao longo do tempo apresentado em gráfico.</p> <p>Também é personalizada e pode exibir até 8 parâmetros.</p>	

## Referências bibliográficas

CAPITÃO, E.; PIRES, J. – Como eu, Enfermeiro, faço Monitorização Hemodinâmica. *Revista Portuguesa Medicina Intensiva*, ISSN 0872-3087. Vol. 16, n.º3 (2009), p.52-53.

CARNEIRO, M. – Monitorização Hemodinâmica pelo método PiCCO. *Newsletter de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.*, ISSN 1646-9666. Vol. 5, n.º1 (2012), p.04.

VICENT, J.L. *et al.* - Clinical review: Update on hemodynamic monitoring – a consensus of 16. *Critical Care*, 15:229 (2011), DOI: 10.1186/cc10291.

LAMAS, T. – Monitorização Hemodinâmica: do básico ao avançado. In *Manual de Medicina Intensiva*, Lidel – Edições Técnicas, Lda. Lisboa, 2015, ISBN: 978-989-752-070-9, p.175-179.

PHILIPS®, Módulo PiCCO: Débito Cardíaco Contínuo, Novembro 2013.

PULSION Medical Systems – Train the Trainer Folder: Advanced Hemodynamic Monitoring PiCCO-Technology®. Pulsion Medical Inc., US © PULSION 08/2009.

PINSKY, M.R. (2014). Funcional hemodynamic monitoring. *Current Concepts in Critical Care*. Junho; 20(3): 288-293 (2014). DOI:10.1097/MCC.0000000000000090.

SILVA, N. – Inovações em Anestesia I. *Newsletter de Anestesiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.*, ISSN 1646-9666. Vol. 5, n.º1 (2012), p.01.



APÊNDICE VI – Exposição dos resultados da RSL com o tema “A adesão à terapêutica analgésica pela pessoa com dor crônica”



# **ADESÃO À TERAPÊUTICA ANALGÉSICA**

## **PELO DOENTE COM DOR CRÓNICA**



**ANA CATARINA LOPES FRADINHO**  
**Nº192015045**

## **INTRODUÇÃO**

O aumento da esperança média de vida tem gerado um aumento de portadores de doenças crónicas.

Em consequência verifica-se também um aumento da complexidade dos regimes terapêuticos, que têm a finalidade de manter a qualidade de vida dos doentes.



**ADESÃO TERAPÊUTICA**

## INTRODUÇÃO

A avaliação precisa do comportamento de adesão à terapêutica por parte da pessoa portadora de dor crónica é necessária para o planeamento do tratamento eficaz e eficiente, de modo a garantir mudanças nos resultados da saúde e bem-estar.

## INTRODUÇÃO

A Direcção-Geral da Saúde refere que o controlo eficaz da dor é  
*“um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”*

(DGCG, 2003, p.1)

# INTRODUÇÃO

## Fatores de não adesão terapêutica:

1. Sociais, económicos e culturais
2. Relacionados com os profissionais e serviços de saúde
3. Relacionados com a doença de base e co-morbilidades
4. Complexidade do esquema terapêutico
5. Individuais relativos ao doente

(WHO, 2003)

# ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## Adesão

- O doente segue as instruções médicas (WHO, 2003)

## Não adesão intencional

- Tomada de decisão consciente de não aderir ao regime terapêutico (Simões, 2010)

## Não adesão não intencional

- O doente não consegue gerir adequadamente o conhecimento relacionado com a doença e as condições de tratamento (Simões, 2010)

## Dor

- Experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos (IASP, 2012)
- Dor crónica quando, de forma contínua ou recorrente, existe há 3 meses ou mais (DGS 015/2010)

## **OBJETIVO GERAL**

**Identificar**

**“Quais os factores determinantes para o incumprimento da terapêutica analgésica, da pessoa com dor crónica?”**



**ADESÃO TERAPÊUTICA**

## **MÉTODOLOGIA**

**Realização de uma Revisão Integrativa da Literatura:**

PESQUISA NA EBSCO Research Databases

Modo de pesquisa: booleano

Data inclusão: pela data publicação: Jan/2010 – Maio/2016

Descritores Mesh:

Patient compliance AND analgesics

Patient adherence AND analgesics



**ADESÃO TERAPÊUTICA**

# RESULTADOS I

Pain Physician 2014; 17:81-94 • ISSN 1533-3159

Cross-Sectional Study

## Medication Compliance in Patients with Chronic Pain

Katherine Kipping, MD, Christoph Maier, Prof, MD, Heinz W Bussemas, MD, and Andreas Schweizer, MD, PhD

Doentes na consulta da dor 1ª vez



**ADESÃO TERAPÊUTICA**

# RESULTADOS I

Pain Physician 2014; 17:81-94 • ISSN 1533-3159

Cross-Sectional Study

## Medication Compliance in Patients with Chronic Pain

Katherine Kipping, MD, Christoph Maier, Prof, MD, Heinz W Bussemas, MD, and Andreas Schweizer, MD, PhD

Fatores de incumprimento:

- Depressão
- Receio de adição em opióides
- Efeitos secundários dos opióides
- Ineficácia para o controlo da dor

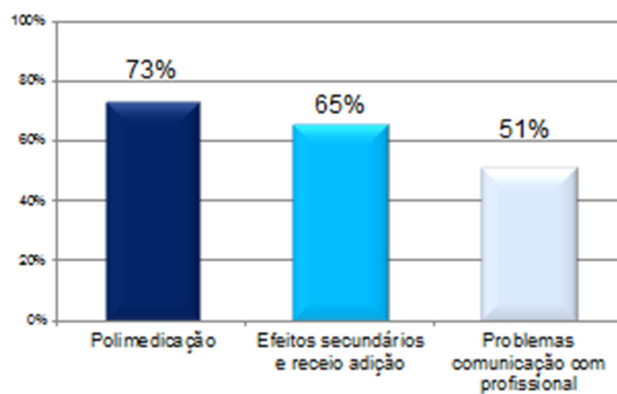


**ADESÃO TERAPÊUTICA**

## RESULTADOS II

**Pain Medicine**  
PRIMARY CARE & HEALTH SERVICES SECTION  
Original Research Article  
Reasons for Under-Use of Prescribed Opioid Medications by Patients in Pain

### Fatores de não adesão

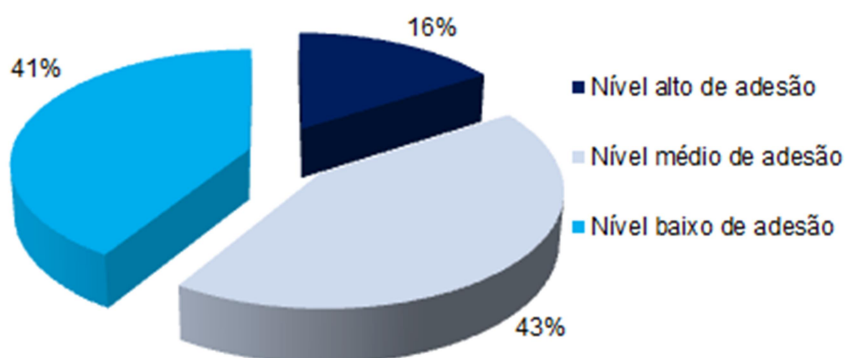


**ADESÃO TERAPÊUTICA**

## RESULTADOS III

**PAIN & AGING SECTION**  
Original Research Article  
Adherence to Pharmacological Treatment of Chronic Nonmalignant Pain in Individuals Aged 65 and Older

### Adesão terapêutica



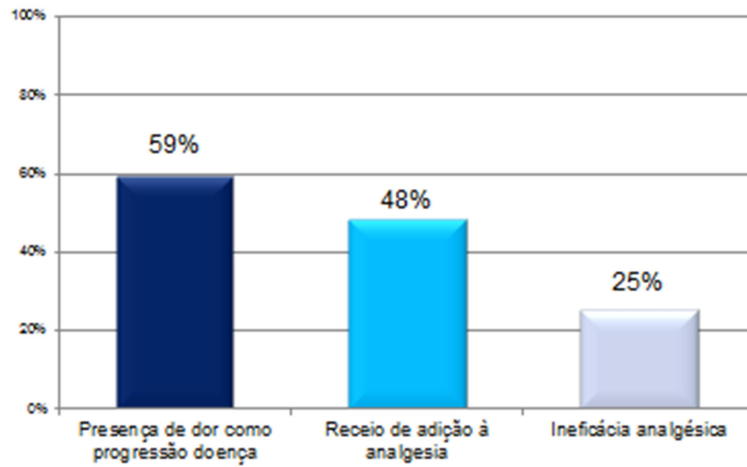
**ADESÃO TERAPÊUTICA**

# RESULTADOS III

PAIN & AGING SECTION  
Original Research Article

Adherence to Pharmacological Treatment of Chronic Nonmalignant Pain in Individuals Aged 65 and Older

## Fatores de não adesão



ADESÃO TERAPÊUTICA

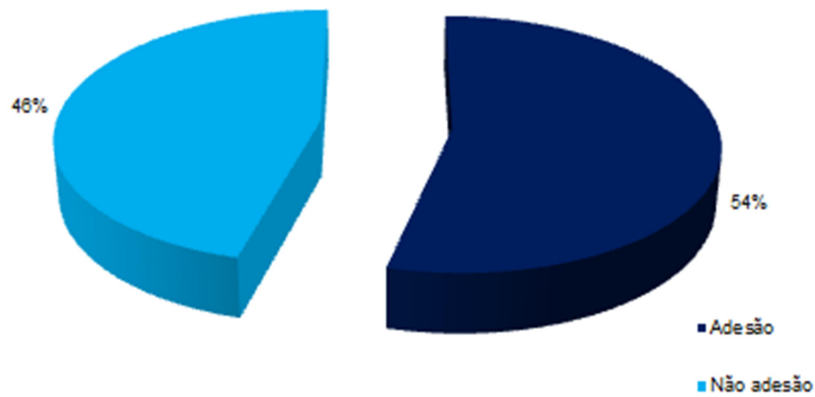
# RESULTADOS IV

JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE  
Volume 16, Number 6, 2012  
© Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

A Pilot Study To Investigate Adherence to Long-Acting Opioids among Patients with Advanced Lung Cancer

Justin Young, MBSW, PhD, PhD<sup>1</sup>; Lisa N. Trapp, PhD<sup>2</sup>; Emily R. Gallagher, PhD<sup>3</sup>; William F. P. Ho, MD<sup>4</sup>; Joseph A. Green, PhD<sup>5</sup>; and Jennifer S. Tarnai, MD<sup>6</sup>

## Adesão terapêutica



ADESÃO TERAPÊUTICA



## RESULTADOS VI

JCN Journal of Clinical Nursing

ORIGINAL ARTICLE

Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study

Ava Manning, Lucy Zeigler and Mike Bennett

Journal of  
Clinical Nursing

### Comportamentos de não adesão identificados

Falta de  
comunicação

Efeitos  
Secundários

Alteração  
estratégica da  
prescrição

Abuso da  
medicação  
durante crise  
de dor

Medicação  
apenas  
quando  
necessário

Polimedicaçã  
o com receio  
de adição e  
overdose



**ADESÃO TERAPÊUTICA**

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

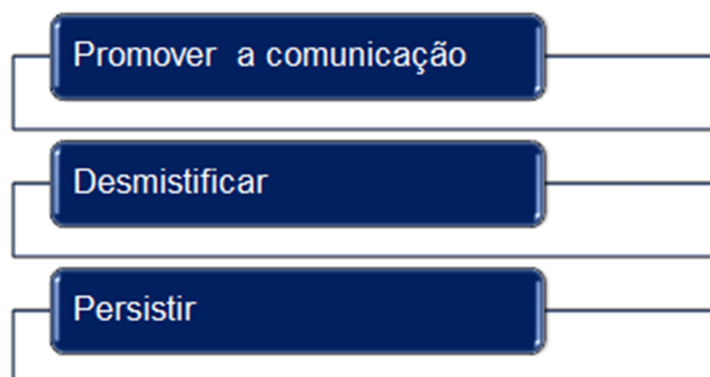


**ADESÃO TERAPÊUTICA**

## CONCLUSÃO



## INTERVENO DOS PROFISSIONAIS



## INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A adesão dos doentes ao esquema terapêutico pode levar ao aumento da qualidade de vida, mas significa, uma nova gestão do seu estilo de vida.
- Adesão significa participar ativamente na proposta terapêutica, numa atitude de compreensão e concordância com o profissional de saúde.
- O papel dos profissionais é essencial no sentido de perceberem o incumprimento e de motivarem e promoverem a adesão, desenvolvendo um processo relacional que lhes permita o sucesso do tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Gomes – Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra, Formação - Formação e Saúde, Lda, 2017. ISBN 978-972-9485-97-0.

Direção-Geral de Saúde, Circular Normativa Nº2000 – A Dor como 3º sinal vital. Registo estatístico da intensidade da Dor. 14 de Junho de 2003.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN - Classification of Chronic Pain, including the pain definitions (taxonomy), update in 2012. Consultado na web a 10 de Março de 2016 no site: <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1073&NewItemNumber=877>

KOLCASA, Katherine – An analysis of the concept of comfort; *Journal of Advanced Nursing*, USA, 1991, 16, p. 1301-1310.

SIMÕES, Horta – A adesão ao regime terapêutico. In *Revista Hospitalidade*, 2010, Ano 74, nº200, p.19-24.

SOUSA, Patrícia – Comunicação em enfermagem: uma estratégia para a adesão terapêutica. In *Revista Científica*, 2013, Vol. 9, n.º19, p.44-45, ISSN: 2072-7550.

SOUSA, Patrícia – O conforto da pessoa idosa. Lisboa, Universidade Católica Editora, Unipressor, Lda, 2014, ISBN: 978-972-94-0440-2.

WHO, World Health Organization – *Adherence to Long-term Therapies - Evidence for Action*. Switzerland, 2003, ISBN 92 4 154932 2.

### Adesão individual ao estudo

CHOU, Pi-Ling; LIN, Chia-Chin – A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomized control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 2011, 20, p. 1898-1899. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.0274.x.

KIYIYING, Katherine; MAIER, Christoph; BÜSSERMAS, Heinz; SCHWABER, Andrea – Medication Compliance in Patients with Chronic Pain. *Pain Physician Journal*, 2014, 17, p.81-94.

LEWIS, Eleanor; COMBS, Ann; HARRISON, Jade – Reason for Under-use of Prescribed Opioid Medication by Patients in Pain. *Pain Medicine*, 2010, 11, p. 861-871.

MANZANO, Ana; ZIEGLER, Lucy; BENNICI, Mike – Exploring interference from analgesia in patients with cancer pain: a longitudinal qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 23, p.1877-1888. DOI: 10.1111/jocn.12447.

MARKOVIĆ, Filip; et al – Adherence to Pharmacological Treatment of Chronic Nonmalignant Pain in Individuals Aged 65 and Older. *Pain Medicine*, 2013, 14, p.247-256.

YONG, Judy; et al – A Pilot Study to Investigate Adherence to Long-Acting Opioids among Patients with Advanced Lung Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 2013, Vol. 16, Number4, p.321-326. DOI: 10.1089/jpm.2012.0403.



**ADESÃO TERAPÊUTICA**

APÊNDICE VII – Folheto informativo “Terapêutica Analgésica: Esclarecimento de questões e mitos”



## ALERTAS

Para esclarecimento de dúvidas pode contactar-nos através do número da consulta telefónica\*.

Se surgir algum problema que considere estar relacionado com a medicação informe-nos.

Esclareça os seus receios e problemas com a nossa equipa.

Não desista da medicação sem antes contactar a Equipa da Unidade Dor.

**Fale connosco,**

**O nosso papel é ajudá-lo!**



\*Consulta Telefónica  
(+351) 212 726 815

Segunda a Sexta-Feira (dias úteis)  
das 09:00 às 17:00

## RESULTADOS

- O alívio da dor é um processo individual. Algumas pessoas sentem alívio da dor nos primeiros dias de início da medicação; outras só após algumas semanas.
- **Manter a medicação prescrita pelo médico** é essencial para otimizar os resultados.
- Interromper tomas da medicação, sem indicação do médico, irá causar retrocessos no processo de controlo da dor.
- **É importante cumprir o plano terapêutico** para que o mesmo traga resultados positivos.
- Caso não verifique melhoria e/ou agravamento da dor, avise o médico ou a enfermeira.

Contactos  
Unidade Dor: (+351) 212 726 815

Elaborado por: Unidade Dor  
Data de elaboração: Junho 2016  
Data da revisão:

Hospital Garcia de Orta  
Av. Torrado da Silva, 2801-951 Almada - Portugal  
Tel.: +351 212 940 294 | Fax: +351 212 957 004  
geral@hgo.min-saude.pt



Unidade Dor



## Terapêutica Analgésica

Esclarecimento de questões e mitos

Informação para o Doente

## MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde e a Direcção Geral de Saúde, os medicamentos designados como analgésicos opióides:

- São **analgésicos eficazes** indicados para o **controlo da dor moderada a forte**;
- Podem ser comprimidos orais, sublinguais, gotas e/ou pensos transdermicos.

### Objetivo do tratamento:

- Controlo da dor;
- Recuperação funcional;
- Melhorar o estado físico e mental;
- Melhorar a qualidade de vida e bem-estar



## PLANO TERAPÊUTICO

O médico da Unidade da Dor, quando prescreve os medicamentos, fá-lo:

- de forma individualizada;
- de acordo com o seu problema;
- tendo em conta todos os outros medicamentos que já toma.

Geralmente inicia-se a medicação com doses baixas, com aumento progressivo a intervalos regulares consoante a indicação do médico, até obter o efeito terapêutico desejado.

Não abuse dos anti-inflamatórios como por exemplo a Aspirina, Brufen, Naproxeno ou Voltaren, sem prescrição médica.

Os efeitos secundários destes são a úlcera gástrica com hemorragia e dor associada.

Consulte sempre o seu médico previamente.

## DURANTE O TRATAMENTO

### EFEITOS SECUNDÁRIOS MAIS FREQUENTES

- Sonolência, náuseas e vômitos: estes sintomas surgem habitualmente no início da terapêutica mas tendem a desaparecer.
- Obstipação: fale com o seu médico pois é algo que pode ser tratado.

### RECEIOS/ MITOS

- Os analgésicos opióides não viciam se forem administrados com prescrição clínica.
- O que pode acontecer é o organismo tolerar a dose em uso e esta ter que ser aumentada para que tenha o efeito de alívio da dor.
- A medicação não pode ser interrompida abruptamente e reiniciada em seguida com doses altas.
- Com uma gestão eficaz **segundo a prescrição**, não há motivo para que ocorram efeitos indesejados.

Esclareça com o seu médico e enfermeira todos os receios.