



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

---

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

# **MONITORIZAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO**

## **MONITORING PAIN IN CRITICAL PERSON WITH CHANGES IN COMMUNICATION**

Por:

Rita Veloso Alves

Lisboa, 2020





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

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

# **MONITORIZAÇÃO DA DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA COM ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO**

## **MONITORING PAIN IN CRITICAL PERSON WITH CHANGES IN COMMUNICATION**

Por:

Rita Veloso Alves

Sob a orientação de Professora Doutora Rita Marques

Lisboa, 2020



*“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,  
não seremos capazes de resolver os problemas causados  
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”*

Albert Einstein



## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, aos meus pais, por tudo o que fizeram por mim e pelos quais sinto o maior respeito, carinho e orgulho. Sem eles nada disto seria possível.

À Professora Rita Marques pela sua tolerância, conselhos, incentivo, disponibilidade e compreensão.

Aos Enfermeiros Tutores e Equipas de Enfermagem que me acompanharam neste percurso, pela disponibilidade, receptividade e partilha.

À minha restante família, principalmente à pequena Margarida, pela paciência, apoio e pelo tempo que os privei da minha presença.

Aos meus amigos, por serem incansáveis no apoio e força transmitidos ao longo deste percurso.

A todos, muito obrigada!



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da realização do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e pretende partilhar as atividades e competências adquiridas através da sua análise crítica e reflexiva.

Este percurso foi realizado em dois contextos distintos. O primeiro estágio foi realizado num Serviço de Urgência e o segundo numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, ambos num hospital localizado na periferia de Lisboa.

Os objetivos para ambos os contextos passaram pelo desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família e, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da gestão diferenciada da dor e do conforto da pessoa em situação crítica.

A dor é um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde e, como tal, a pessoa em situação crítica não é exceção (DGS, 2003). É uma das piores memórias e experiências e, pode ter como consequência, o atraso na recuperação e o aumento da taxa de mortalidade pondo em causa a qualidade de vida do doente (Rafiei, Ghadami, Irajpour & Feizi, 2016). Como tal, a dor na pessoa em situação crítica assumiu um papel central ao longo do meu percurso estando representada no primeiro capítulo deste relatório, através da realização da Revisão Integrativa da Literatura, “Indicadores na Monitorização da Dor na Pessoa em Situação Crítica”.

Este relatório pretende demonstrar as experiências vivenciadas que foram determinantes na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências essenciais para um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica.

**Palavras-Chave:** Pessoa em Situação Crítica; Cuidados De Enfermagem Especializados, Monitorização da Dor.



## **ABSTRACT**

The present report comes within the scope of the Master's course in the area of Medical and Surgical Nursing in the Person in a Critical Situation and intends to share the activities and competences acquired through the critical and reflexive analysis of them.

This course was conducted in two different contexts. The first stage was carried out in an Emergency Department and the second in a Multipurpose Intensive Care Unit, both in a hospital located on the outskirts of Lisbon.

The objectives for both contexts were the development of scientific, technical, ethical and relational skills for the provision of specialized nursing care to the person in critical situation and family and to contribute to the improvement of the quality of nursing care through differentiated management of pain and comfort of the person in critical condition.

Pain is a symptom that accompanies most pathological situations requiring health care and, as such, the person in a critical situation is no exception (DGS, 2003). It is one of the worst memories and experiences and can have consequences such as a delay in recovery, jeopardizing the quality of life of the person, as well as increasing the mortality rate (Rafiei, Ghadami, Irajpour & Feizi, 2016). As such, pain in the person in a critical situation has assumed a central theme throughout my career and is represented in the first chapter of this report, through the Integrative Review of Literature, on "Indicators in Monitoring Pain in the Person in a Critical Situation".

Thus, this report aims to demonstrate the path taken, which made it possible to experience and acquire decisive knowledge in the development of essential skills for a specialist nurse in medical-surgical nursing, in the field of nursing in the person in a critical situation.

**Keywords:** Critical Person; Specialized Nursing Care, Pain Monitoring.



## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

**BPS:** Behavioral Pain Scale

**CPOT:** Critical Care Pain Observation Tool

**CVC:** Cateter Venoso Central

**DGS:** Direção Geral da Saúde

**IACS:** Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

**INEM:** Instituto Nacional de Emergência Médica

**MRSA:** Staphylococcus aureus resistentes à meticilina

**Nº:** Número

**PAVM:** Pneumonia Associada Ventilação Mecânica

**SU:** Serviço de Urgência

**VMI:** Ventilação Mecânica Invasiva

**UCI:** Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP:** Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente





Apêndice II – Plano da Sessão de Formação: Avaliação da Dor na Pessoa Idosa com Alterações da Comunicação.....	77
Apêndice III – Apresentação da Sessão de Formação: Avaliação da Dor na Pessoa Idosa com Alterações da Comunicação .....	80
Apêndice IV– Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: Avaliação da Dor na Pessoa Idosa com Alterações da Comunicação.....	92
Apêndice V– Avaliação da Sessão de Formação: Avaliação da Dor na Pessoa Idosa com Alterações da Comunicação.....	94
Apêndice VI– Documento sobre Avaliação Da Dor na Pessoa Idosa Com Alterações da Comunicação.....	97
Apêndice VII– Documento Sobre Administração De Terapêutica Por Via Subcutânea.....	120

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da realização do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica e pretende apresentar as atividades desenvolvidas e competências adquiridas através da análise crítica e reflexiva das mesmas.

Com os avanços tecnológicos e científicos, os cuidados de saúde assumem uma maior importância e exigência técnica e científica. Atualmente, encontramos-nos no Paradigma da Transformação onde os fenómenos são perspectivados como únicos estando em interação com tudo o que nos rodeia (Kérouac, Pepin, Ducharme, 1994). É reconhecida a capacidade e possibilidade das pessoas serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito havendo uma mudança, uma vez que, anteriormente, estas eram única e exclusivamente da responsabilidade dos profissionais de saúde (Kérouac, Pepin, Ducharme, 1994).

O aumento da complexidade das situações com as quais os enfermeiros se deparam fazem com que a formação seja extremamente importante favorecendo o desenvolvimento e os valores que orientam a prática dos cuidados. Cada vez mais existe a necessidade de uma prática baseada na evidência científica beneficiando e promovendo a qualidade de vida dos doentes.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) este, é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. Sendo esta especialidade dirigida à pessoa em situação crítica, é pertinente saber que esta pessoa é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº429/2018; p. 19362). Os cuidados de enfermagem especializados 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 afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº 429/2018; p. 19362).

A pessoa em situação crítica e a sua família representam um grande desafio para os enfermeiros porque, tal como referido anteriormente, os cuidados exigidos são altamente diferenciados de forma a assegurar a manutenção das suas funções básicas e, também, porque esta díade passa por um processo de transição no qual o enfermeiro tem um papel preponderante como facilitador.

Transição é definida por Meleis (2010) como a passagem de uma fase de vida, condição ou estado, para outra sendo um conceito múltiplo e que abrange os elementos de processo, tempo e percepção.

O conceito de transição em enfermagem é de grande relevância uma vez que os enfermeiros encontram-se a cuidar de pessoas que estão a experienciar uma ou mais mudanças que terão repercussão na sua estabilidade. Como tal, têm um papel bastante importante como facilitadores na transição ajudando a pessoa que a vivencia a alcançar novamente estabilidade. Segundo Meleis (2010), compete ao enfermeiro preparar e informar os clientes, através de um processo de aquisição de novas competências relacionadas com a experiência de transição.

Existem vários tipos de transição tais como as de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. Na pessoa em situação crítica, a mais presente é a transição saúde-doença. Para Afaf Meleis (2010) esta engloba a mudança de um estado de bem-estar para doença podendo ocorrer de forma abrupta, relacionada com uma doença aguda, ou de forma gradual, relacionada com uma doença crónica. Nas transições não se pode ter apenas em consideração a pessoa que a vivencia. Os seus pares e o contexto em que esta se insere também serão influenciados por esta uma vez que, a pessoa que a vivencia, não pode ser vista como uma unidade isolada (Meleis, 2010).

A teoria de transição de Meleis foi facilitadora no processo de aquisição de competências enquanto enfermeira especialista na área da pessoa em situação crítica porque permitiu-me perceber que, quando ocorre uma mudança, inerente ao processo de saúde-doença, terá um grande impacto não só no próprio, mas também nas pessoas significativas que fazem parte da sua vida. Auxiliou também na compreensão do papel do enfermeiro como facilitador em todo este processo ajudando o seu alvo de cuidados, pessoa em situação crítica e respetiva família, no processo de estabilização e readaptação a uma nova realidade.

Este percurso foi desenvolvido através de 2 estágios que decorreram em dois contextos distintos. O primeiro decorreu no âmbito da unidade curricular da vigilância e decisão clínica e foi realizado num serviço de urgência e, o segundo decorreu no âmbito da unidade

curricular estágio final e relatório « tendo sido desenvolvido numa unidade de cuidados intensivos polivalente, ambos em hospitais localizados na periferia de Lisboa.

Este relatório está dividido em 3 capítulos. No 1º capítulo encontra-se a revisão integrativa da literatura sobre o tema “Indicadores de dor na pessoa em situação crítica incapaz de comunicar”. A dor na pessoa em situação crítica, ao longo de todo este percurso, foi uma temática de bastante apreço e que considerei de extrema importância. Para além disso, a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica é uma das unidades de competência necessárias para o alcance da competência “cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.”

Os 2º e 3º capítulos consistem na análise e reflexão crítica sobre diversas situações que se desenrolaram ao longo deste percurso e foram marcantes no meu processo de aquisição de competências. Para tal, teve também um grande contributo, a realização de um projeto de estágio onde delinieei quais os objetivos, geral e específicos, que me proponha alcançar em cada estágio e as respetivas atividades que realizei para os atingir.

Segue-se a conclusão onde se encontra uma reflexão sobre a importância de todo este percurso no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica e também, sobre o contributo que o mesmo teve a nível pessoal e as implicações que já sentidas na minha prática clínica.

Este relatório termina com as referências bibliográficas que forma elaboradas de acordo com a norma APA e posteriormente anexos e apêndices.



# 1. INDICADORES DE DOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA INCAPAZ DE COMUNICAR– REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer quais os indicadores de dor na pessoa em situação crítica incapaz de comunicar.

**Metodologia:** A revisão integrativa foi realizada segundo recomendações do Joanna Briggs Institute na estratégia PI[C]O. A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINHALL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane database of systematic reviews e Mediclatina acessadas através do motor de busca EBSCO e também, na base de dados PUBMED após a validação dos descritores nas plataformas Medical Subject Heading (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O espaço temporal da pesquisa decorreu entre Janeiro de 2015 e Janeiro de 2020 utilizando como descritores “critical care”; “pain measurement” e “nurse”.

**Resultados:** Após a implementação dos critérios de inclusão e exclusão e, após leitura dos mesmos, foram selecionados 5 artigos para a extração de resultados. A tensão muscular, vocalização e expressão facial são considerados indicadores na monitorização da dor na pessoa em situação crítica. O *bispectral index*, pupilometria e condução nervosa emergem também como indicadores suscetíveis de serem utilizados na monitorização da dor mas, mais direcionados para doentes com a função motora comprometida por exemplo, devido ao uso de terapêutica com efeito de bloqueador muscular. Os parâmetros fisiológicos funcionam como sinal de alerta na presença de dor mas não é considerado indicador de presença da mesma. As pessoas significativas surgem também como possíveis indicadores no auxílio da monitorização da dor.

**Conclusão:** A prevalência da dor na pessoa em situação crítica é uma realidade. Existem alguns indicadores de dor pelo que a intervenção do enfermeiro é fundamental tanto na sua monitorização como na implementação de medidas de alívio, com vista ao conforto da pessoa.

**Palavras-Chave:** Indicadores; Dor; Doente Crítico

**Keywords:** Indicators; Pain; Critical Ill.

## INTRODUÇÃO

A dor é um sintoma muito frequente na pessoa em situação crítica, independentemente da patologia ou critério de admissão (Ferreira *et al*, 2014, American Association of Critical-Care Nurses, 2014) mas, de difícil avaliação e caracterização pelos profissionais de saúde (Arbour, Gélinas, Michaud, 2011). Para além disso, estas pessoas são confrontadas com uma variedade de procedimentos inerentes ao seu tratamento tais como, necessidade de intervenção cirúrgica, feridas, procedimentos invasivos ou até procedimentos rotineiros nomeadamente a alternância de posicionamentos, que podem agravar a dor (Darwish, Handi & Fallatah, 2016).

Rafiei, Ghadami, Irajpour & Feizi (2016) referem que esta é uma das piores memórias e experiências do doente numa unidade de cuidados intensivos e, para além disso, pode ter como consequência o atraso na sua recuperação pondo em causa a qualidade de vida podendo conduzir ao aumento da taxa de mortalidade. Para além destas consequências, pode ter como resultado principal a sua evolução tornando-se crónica conduzindo a vários efeitos psicossociais tais como depressão, ansiedade, delírio e *stress* pós traumático (Freitas, Fernandes, Marques & Freitas, 2019).

A auto-avaliação da dor é a forma mais correta desta ser avaliada (DGS, 2003), no entanto, na pessoa em situação crítica está impossibilitada sendo tal representativo de um grande desafio para os profissionais de saúde.

A capacidade de comunicar encontra-se comprometida, muitas vezes, devido a múltiplas barreiras como a necessidade de ventilação mecânica e a utilização de agentes neuromusculares e hipnóticos (Ferreira *et al*, 2014), sendo que, a avaliação da dor em doentes incapazes de movimento neuromuscular espontânea, representa um desafio ainda maior (Bourbonnais; Tucker & Kischel, 2016).

Existem várias escalas comportamentais de avaliação da dor quando a pessoa é incapaz de autorrelatar a dor, no entanto, estas não são adequadas para a avaliação da dor na pessoa sob terapêutica bloqueadora neuromuscular pelo que, a avaliação da dor nestes doentes representa um desafio acrescido (Freitas, Fernandes, Marques & Freitas, 2019).

A linha condutora na avaliação da dor da pessoa em situação crítica passa essencialmente pela observação permitindo identificar indicadores que auxiliem na monitorização da dor (Rafiei, Ghadam, Irajpour & Feizi, 2016). O enfermeiro, pelo contato prolongado e proximidade com a díade doente/família, desempenha um papel fundamental na monitorização e ajuste do tratamento (Freitas, Fernandes, Marques & Freitas, 2019).

Desta forma, o presente estudo procurou rever a literatura sobre indicadores de dor na pessoa em situação crítica incapaz de comunicar.

## METODOLOGIA

A presente revisão integrativa da literatura teve por base a metodologia recomendada pelas orientações de Joanna Briggs Institute (2015). Foi orientada pela questão de investigação elaborada através do formato PICO: **P**) pessoa em situação crítica incapaz de comunicar; **I**) indicadores de dor; **C**) não se adequada e **O**) monitorização da dor.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão baseados nas seguintes categorias (Tabela 1): Participantes (seleção de artigos sobre doentes em situação crítica incapazes de comunicar e com idade igual ou superior a 18 anos); Interesse (indicadores de dor); Resultado (monitorização da dor); documentos disponíveis (seleção de artigos disponíveis com texto na íntegra; escritos na língua portuguesa e inglesa e publicados no período temporal entre janeiro 2015 e dezembro de 2019).

**TABELA 1: Critérios de inclusão e exclusão aplicados na revisão integrativa da literatura**

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<b>Participantes</b>	Doentes em situação crítica, incapazes de comunicar com idade $\geq$ 18 anos;	Doentes com idade $<$ 18 anos e, em situação crítica capazes de comunicar;
<b>Interesse</b>	Estudos referentes ao uso de indicadores de dor na pessoa em situação crítica;	Estudos referentes à aplicação de outras estratégias de monitorização da dor na pessoa em situação crítica;
<b>Resultados</b>	Aplicabilidade dos indicadores de dor na pessoa em situação crítica.	Não evidência da aplicabilidade dos indicadores de dor na pessoa em situação crítica.

### Estratégia de busca:

Após a definição de critérios de inclusão, foi definido como objetivo desta revisão: rever a literatura sobre indicadores de dor na pessoa em situação crítica incapaz de comunicar.

A pesquisa foi realizada em Janeiro de 2020. Foram utilizadas as plataformas Medical Subject Heading (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para a validação dos descritores utilizados.

Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas CINHALL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane database of systematic reviews e Mediclatina acedidas através do motor de busca EBSCO e também através da base de dados PUBMED.

Para tal, foram utilizados como descritores “critical care” (cuidados intensivos); “pain measurement” (avaliação da dor) e “nurs\*” tendo sido elaborada a seguinte equação booleana: [“critical care”] AND [“pain measurement”] AND [“nurs\*”].

Iniciou-se uma leitura dos títulos, seguida dos resumos e, por fim, do texto integral dos artigos obtidos com a pesquisa realizada, de forma a selecionar os que respondiam à questão de investigação. Essa leitura, bem como a avaliação da qualidade metodológica (QM) dos estudos, foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, para garantir a avaliação crítica durante o processo de seleção dos artigos. Perante algumas discordâncias entre os pesquisadores foi pedida a avaliação de um terceiro avaliador.

A QM dos estudos foi efetuada através dos instrumentos Joanna Briggs Institute-MASARI (JBI, 2014, 2017).

Foi definido, previamente à realização do estudo por todos os investigadores, que só se incluíam os estudos que demonstrassem QM elevada, ou seja, que apresentassem um escore de 8, 9 ou 10 no “MASARI Checklist for Diagnostic Test Accuracy Studies”(JBI, 2017) (Tabela II).

## **RESULTADOS**

Da pesquisa realizada nas bases de dados enunciados surgiram, como amostra inicial, 107 artigos. Destes 107 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e, após leitura do título ficaram para analisar 28 artigos. Após a leitura do resumo restaram 16 artigos sendo selecionados para leitura integral 6 artigos. Após a leitura integral, foram selecionados 5 artigos que deram resposta à questão de investigação definida. Este processo de seleção encontra-se representado no diagrama 1.

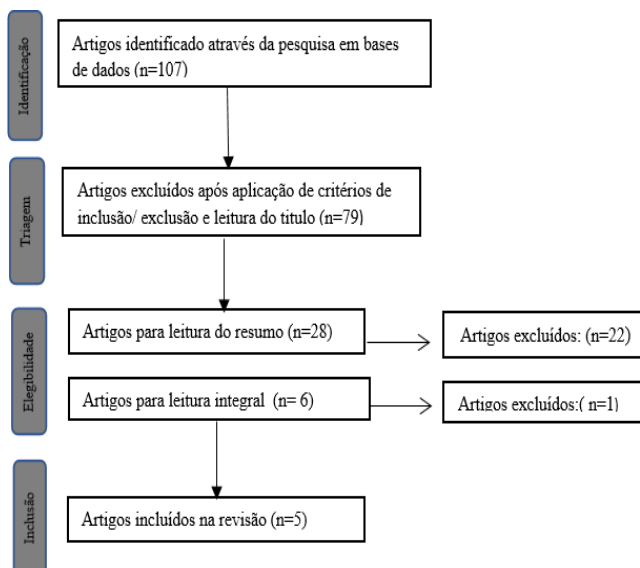


Diagrama 1: Diagrama de Prisma para seleção de artigo

A extração e síntese das informações contidas nos 5 estudos selecionados foi realizada através da utilização de um método padronizado que contém os seguintes aspetos: identificação; objetivos; metodologia e resultados encontrando-se descritos na tabela II.

Tabela II: Síntese da informação extraída dos 5 estudos incluídos na revisão integrativa

Autores/ Ano/País	Título	Objetivo	Método	Resultados
Darwish, Z.; Hamdi, R.; Fallatah, S., (2016); Arábia Saudita	Evaluation of pain assessment tools in patients receiving mechanical ventilation	Determinar qual o instrumento de avaliação da dor com maior validade e confiabilidade, aplicado a doentes sob ventilação mecânica, numa unidade de cuidados intensivos.	Estudo descritivo composto por 47 doentes, admitidos nas unidades de cuidados intensivos do Hospital Universitário de King Fahd, sob ventilação mecânica invasiva, utilizando instrumentos de avaliação de dor antes, durante e após o procedimento de aspiração de secreções.	<p>*A <i>compliance</i> ventilatória, é um indicador de dor com um contributo menor na avaliação da dor porque desconhece-se de que forma, o modo ventilatório pode afetar este indicador;</p> <p>*A tensão muscular é identificado como um indicador fraco em termos de propriedades psicométricas uma vez que a avaliação deste é algo subjetivo;</p> <p>*A expressão facial é um dos indicadores com melhores propriedades psicométricas e que mais contribui para o <i>score</i> de avaliação da dor;</p> <p>*Os indicadores fisiológicos e respiratórios foram considerados pouco sensíveis na monitorização da dor tendo uma resposta limitada uma vez que os doentes podem experienciar dor severa antes de apresentarem alteração a nível dos parâmetros vitais.</p>

			(QM= 9)	
Chookalayi,H.; Heidarzadeh,M.; Hasanpour, M.; Jabrailzadeh,S.; Sadeghpour, F. , (2017); Irão	A study on the psychometric properties of revised-nonverbal pain scale and original - nonverbal pain scale in Iranian nonventilated patients	Determinar as propriedades psicométricas do instrumento Nonverbal Pain Scale (NVPS).	Estudo de pesquisa metodológica composto por 60 doentes admitidos em unidades de cuidados intensivos médicos, trauma, cirúrgicos e neurológicos. (QM=8)	*A expressão facial, pode ser duvidosa porque a sua alteração pode ser uma reação natural ao toque o que pode torná-la um indicador limitativo na monitorização da dor; *A respiração não é um bom indicador de presença de dor porque pode ser influenciado por outros elementos; *A agitação pode ser um fator que influencia a avaliação da dor podendo fazer com que haja uma subvalorização ou sobrevalorização da mesma; *Os sinais vitais são considerados indicadores de avaliação da dor. No entanto, demonstraram uma baixa sensibilidade em comparação com os itens comportamentais.
Morales, S.; Novoa, C.; Wysocki, A.; Eller, L., (2018); Porto Rico.	Acute Pain Assessment in Sedated Patients in the Postanesthesia Care Unit	Determinar se os instrumentos Nonverbal Pain Scale e Critical-Care Pain Observation Tool avaliam adequadamente a dor aguda em doentes sedados numa unidade de cuidados pós anestésicos.	Estudo prospetivo com 40 doentes do foro cirúrgico submetidos a cirurgia abdominal, pélvica, gastrointestinal ou ginecológica. (QM=8)	*A vocalização é um dos indicadores que está presente nos doentes com dor. Está mais presente aquando a presença de dor do que os indicadores fisiológicos e respiratórios; *A frequência da vocalização é um indicador consistente de dor significativa e merece investigação adicional; *Outros indicadores comportamentais são a expressão facial; movimentos corporais e tensão muscular. *Os indicadores comportamentais podem ser usados na monitorização da dor desde que a função motora esteja intacta; *As alterações de parâmetros vitais como indicadores de dor podem não ser específicos e não têm sensibilidade na avaliação da dor aguda.
Shan, K.; <i>et al</i> , (2018)	Use of the critical-care pain observation tool and the	Testar a confiabilidade e validade inter-observador da Critical Care Pain	Estudo prospetivo observacional aplicado em 400 doentes críticos	*Bispectral index (BIS) pode ser um instrumento na avaliação da dor no doente inconsciente; *Os indicadores comportamentais podem não ser aplicáveis em determinadas populações com alterações na expressão facial e nos movimentos

	bispectral index for the detection of pain in brain-injured patients undergoing mechanical ventilation	Observation Tool, do Bispectral index ou do uso combinado destes 2 instrumentos na avaliação da dor em doentes com lesões cerebrais.	internados numa unidade de cuidados intensivos neurocirúrgicos quando submetidos a procedimentos dolorosos (aspiração de secreções) e não dolorosos (toque). (QM= 8)	corporais devido a utilização de drogas ou doença. Nestes casos, o BIS pode ser um instrumento potencial na deteção da dor; *Os sinais vitais devem ser utilizados com precaução como indicadores na avaliação da dor; *O BIS pode ser mais adequado na avaliação da dor no doente inconsciente.
Bambi, S.; Galazzi, A.; Pagnucci, N.; Giusti, G., (2019)	Pain assessment in adult intensive care patients	Fornecer algumas recomendações sobre boas práticas na avaliação da dor em doentes internados em unidades de cuidados intensivos.	Revisão sistemática da literatura. (QM= 9)	*Os parâmetros vitais, de forma isolada, não são suficientes como indicadores de dor, no entanto, podem ser a primeira pista da sua presença; *Os indicadores de dor comportamentais são complexos de descodificar mas importantes na avaliação da dor. Como tal, é importante recorrer a pessoas significativas, nas pessoas incapazes de auto-relato da sua dor. Estas, estão familiarizadas com o doente, e conseguem identificar indicadores de presença de dor. *As escalas comportamentais de avaliação da dor não são aplicáveis em determinados doentes. Há estudos que apontam para a utilização do BIS, pupilometria e condução nervosa como indicadores na monitorização da dor nestes doentes.

## DISCUSSÃO

Tal como podemos constatar, vários são os indicadores utilizados na monitorização da dor na pessoa em situação crítica. A adaptação ventilatória está presente em algumas escalas comportamentais de avaliação da dor no entanto, segundo Darwish, Handi & Fallatah (2016) tem pouco contributo como indicador porque, vários são os fatores que podem afetá-lo nomeadamente a modalidade ventilatória em que a pessoa se encontra ventilada. Para estes mesmos autores, a tensão muscular é outro indicador na monitorização da dor mas com propriedades psicométricas fracas uma vez que, a sua avaliação é algo subjetivo. A expressão facial é um dos indicadores com propriedades psicométricas melhores e com grande contributo para a monitorização da dor na pessoa em situação crítica (Darwish, Handi & Fallatah, 2016).

Já para Chookalayi, Heidarzadeh, Jabreilzadeh & Sadezhpour (2017) as propriedades psicométricas da expressão facial podem ser duvidosas uma vez que, um simples toque, pode ter como reação a sua alteração tornando-a limitativa na monitorização da dor.

A vocalização é um indicador que, para Morales, Novoa, Wysocki & Eller (2018) é consistente e está mais presente quando a dor se instala comparativamente com as alterações fisiológicas e respiratórias mas, necessita ainda uma maior investigação.

Todos os autores são peremptórios em afirmar que os parâmetros fisiológicos são pouco sensíveis na monitorização da dor e devem ser utilizados com precaução. Segundo Darwish, Handi & Fallatah (2016) tal deve-se ao facto da pessoa poder experienciar dor severa antes de apresentar alterações a nível dos parâmetros vitais ou vice-versa. Apesar disto, nenhum autor exclui, de forma absoluta, a utilização destes na monitorização da dor, podendo servir como sinal de alerta.

Morales, Novoa, Wysocki & Eller (2018) referem que os indicadores comportamentais tais como a tensão muscular, movimentos corporais e expressão facial apenas podem ser utilizados nas pessoas em que a função motora se encontre intacta. Shan *et al* (2018) corroboram esta ideia e afirmam que, a função motora na pessoa em situação crítica, pode estar comprometida devido a patologia e/ou a utilização de fármacos. Nestas situações fazem referência à utilização do *Bispectral Index* (BIS) como indicador na monitorização da dor nesta população. Bambi, Galazzi, Pagnucci & Giusti (2019) apontam ainda, para além da utilização do BIS, para a pupilometria e a condução nervosa.

As pessoas significativas são também mencionadas como parceiras na temática da dor por grande parte dos autores uma vez que, os indicadores comportamentais são bastante complexos e estas encontram-se familiarizadas com a reação da pessoa à dor estando mais capacitadas na identificação de indicadores da presença de dor representando parceiros bastante importantes.

## **CONCLUSÃO**

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura existente sobre a utilização de indicadores da dor na pessoa em situação crítica incapaz de comunicar.

A pessoa em situação crítica é uma população vulnerável à presença de dor devido à patologia que motivou o seu internamento na unidade de cuidados intensivos e aos procedimentos a que é submetida. Acresce a isto as barreiras na comunicação que

apresentam tais como a ventilação mecânica e agentes hipnóticos e bloqueadores neuromusculares que a impossibilitam o auto-relato da dor.

Os parâmetros fisiológicos têm pouca sensibilidade como indicadores mas devem ser tidos em conta como sinais de alerta para a presença de dor. A adaptação ventilatória, a tensão muscular, a expressão facial e a vocalização são indicadores de dor que surgem sendo que as propriedades psicométricas de cada um varia de autor para autor. Há um ponto em que todos os autores concordam. As pessoas em situação crítica, que se encontram com a sua capacidade motora comprometida, devido a patologia ou fármacos são ainda representativos de um desafio referente à avaliação da dor. No entanto, existe referência ao BIS, a pupilometria e a condução nervosa como indicadores na monitorização da dor que podem ser aplicados aos doentes com comprometimento motor.

A família é também um parceiro de bastante relevo uma vez que, os indicadores comportamentais são subjetivos e, devido ao conhecimento que têm do seu familiar, têm uma maior facilidade na deteção da presença de dor.

Os indicadores na monitorização da dor na pessoa em situação crítica é um tema bastante importante uma vez que uma correta perceção da dor e avaliação da mesma terá como consequência um controlo adequado o que será uma mais-valia na recuperação do doente e na sua qualidade de vida.

### **Implicações para a investigação:**

Através desta revisão integrativa foi possível verificar que a avaliação da dor na pessoa em situação crítica é uma temática já trabalhada mas, numa vertente mais direcionada para aplicação de escalas comportamentais. No entanto, existe ainda pouca informação relacionada com a avaliação da dor na pessoa em situação crítica que apresente a função motora comprometida, uma vez que, as escalas comportamentais não se aplicam. Este grupo é representativo de um grande desafio para os profissionais de saúde porque, não está ainda definido como avaliar a sua dor deixando este grupo mais vulnerável. Emergem alguns indicadores que podem ser sugestivos de presença de dor nestas pessoas, como podemos constatar através desta revisão integrativa mas, tem ainda de ser desenvolvido algum trabalho nesta área e, mais especificamente, na avaliação da dor população da pessoa em situação crítica com comprometimento da função motora.

**Implicações para a prática:**

A literatura faz referência, que os parâmetros vitais não podem ser considerados como indicadores de presença de dor na pessoa em situação crítica mas, podem ser vistos como sinal de alerta. Faz ainda referência, à utilização do *bispectral index*, pupilometria e condução nervosa como indicadores suscetíveis de serem utilizados na monitorização da dor mais direcionados para os doentes com a função motora comprometida por exemplo, devido ao uso de terapêutica com efeito de bloqueador muscular permitindo assim, que a monitorização da dor neste grupo seja feito de forma mais correta melhorando assim a sua qualidade de vida. As pessoas significativas são também referidas como tendo grande importância na avaliação da dor nestas pessoas uma vez que, têm um conhecimento mais aprofundado podendo ser uma ajuda bastante importante na monitorização de indicadores de presença de dor na pessoa em situação crítica. Tudo isto é de extrema utilidade para permitir uma correta monitorização da dor na pessoa em situação crítica, mais ainda nos doentes que apresentem também a sua função motora comprometida não sendo possível a aplicação das escalas comportamentais.

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

O desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica envolveu a realização de dois estágios, o primeiro no âmbito da unidade curricular vigilância de decisão clínica e o segundo, no âmbito do estágio final e relatório.

Neste capítulo, pretende-se dar a conhecer os objetivos estabelecidos, descrever as atividades desenvolvidas e, realizar a análise crítica e reflexiva de situações relevantes na aquisição de competências como enfermeira especialista. Tal como referem Peixoto & Peixoto (2016), é através do processo reflexivo que se consegue perceber toda a situação vivenciada, atribuir um significado à mesma e desenvolver novas competências.

A prática reflexiva é “um diálogo entre pensar e fazer através da qual a pessoa se torna mais hábil e, baseia-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação” (Peixoto & Peixoto, 2016; p.112).

### **2.1. A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA – VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA: SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O estágio integrado na unidade curricular “A pessoa em situação crítica e família-vigilância e decisão clínica”, decorreu durante um período de 180 horas num SU de um hospital localizado na periferia de Lisboa. Este encontra-se integrado na rede nacional de urgências hospitalares e, é caracterizado como uma urgência médico-cirúrgica tendo intervenção nas áreas de medicina, cirurgia-geral e ortopedia. Está dividido em serviço de triagem; zona de atendimento de doentes com triagem amarela e laranja; posto de observação rápida; posto de estadia curta; sala de tratamentos para atendimento aos doentes com triagem azul e verde; sala de observação e sala de reanimação.

Durante o estágio, apesar de ter prestado cuidados em todas as valências acima referidas, de forma a tornar a experiência mais enriquecedora, este desenvolveu-se maioritariamente na sala de observação e na sala de reanimação tendo vivenciado situações bastante importantes e facilitadoras do meu processo de aquisição de competências.

Urgências são definidas como “todas as situações clínicas, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais e emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (DGS, 2001; p.7). A atuação do enfermeiro é indispensável em contexto de urgência tal como a mobilização e desenvolvimento de competências científicas, tecnológicas e humanas tendo, para além de fazer face às necessidades da pessoa em situação crítica, dar resposta às necessidades da família que vivenciam uma transição abrupta em que a vida do seu familiar se encontra em risco (Dantas, Silva, Calvacanti, Oliveria & Nóbrega, 2015).

Como objetivo geral para este estágio defini **desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família** e, como objetivos específicos, prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Serviço de Urgência e, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa idosa em situação crítica e/ou falência orgânica, com alterações da comunicação, em contexto de Serviço de Urgência. Este estágio foi bastante rico em experiências propícias para o desenvolvimento dos objetivos definidos.

Uma das experiências vivenciadas ocorreu com o Sr. M., 60 anos, previamente autónomo e sem qualquer antecedente pessoal conhecido tendo acionado o socorro médico ao domicílio por um quadro de dor abdominal. Segundo informação da equipa do INEM, que prestou auxílio no local ao Sr. M., este apresentava hipotensão acentuada com alteração do estado de consciência tendo sido entubado orotraquealmente e iniciada a administração de fluidoterapia. Posteriormente foi encaminhado para o SU tendo dado entrada na Sala de Reanimação.

Acolhi o doente em conjunto com o enfermeiro orientador, escutei a informação transmitida pelo enfermeiro do INEM e realizei a avaliação inicial do Sr. M. tendo por base a metodologia “ABCDE”. Segundo a DGS (2010), esta deve ser a abordagem inicial efetuada em qualquer nível de assistência. É universalmente aceite e recomendada e, deve ter início no momento em que a equipa pré-hospitalar chega em auxílio da pessoa em situação crítica, no momento da triagem e na tomada de decisão de transferência e transporte (DGS, 2010).

Neste caso, o Sr. M. já tinha o item a) via aérea e o b) ventilação assegurados uma vez que, na chegada à sala de reanimação, já se encontrava entubado orotraquealmente assegurando assim a ventilação. Nesta situação, o item c) circulação, demonstrou-se

representativo de problemas. O Sr. M. apresentava hipotensão severa, taquicardia, extremidades frias, sudorese, com tempo de preenchimento capilar prolongado e com *score* na Escala de Coma de *Glasgow* de 3. De imediato, puncionei outro acesso venoso periférico de grande calibre para assegurar a administração de fármacos e fluidoterapia antecipando a necessidade destes, tendo o mesmo vindo a confirmar-se e iniciado suporte aminérgico. Realizei também a colheita de sangue confirmando-se a necessidade de administração de hemoderivados.

Para assegurar a administração de toda a terapêutica necessária optou-se pela colocação de um CVC e também de linha arterial através da abordagem pela via radial, permitindo assim a monitorização hemodinâmica. Em ambos os procedimentos fiquei responsável pela preparação do material e colaboração nos mesmos. De referir que, fiquei também com a função de administração de fármacos em todo o processo. As intervenções realizadas e, até ao momento descritas, vão ao encontro do que se encontra definido pela DGS (2010), segundo a qual, deve haver a avaliação e controlo da função cardiovascular, parando a hemorragia externa e iniciando fluidoterapia sem compromisso temporal.

O Sr. M. não apresentava foco hemorrágico visível mas, ao realizar-se uma ecografia confirmou-se a presença de grande quantidade de sangue na cavidade abdominal. Foi pedido o apoio da equipa de cirurgia que levantou a hipótese de diagnóstico de rotura de aneurisma da aorta abdominal tendo esta decidido que o doente teria de ir imediatamente para o bloco operatório. No entanto, apesar de todas as medidas implementadas, o doente mantinha instabilidade hemodinâmica não havendo condições para a realização do transporte intra-hospitalar em segurança. Segundo a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008; p.13) “o período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas.”

Após a observação da equipa de cirurgia, o doente iniciou um quadro de paragem cardíaca tendo sido tomada a decisão, face a todas as medidas já implementadas, o tempo decorrido desde o início da situação e, o possível diagnóstico, de não ser implementada mais nenhuma medida tendo o Sr. M. acabado por falecer.

Esta intervenção foi bastante útil no meu desenvolvimento porque, tive de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente ao doente ventilado e contactei com procedimentos que não tinha ainda presenciado tais como a colocação de linha arterial. A avaliação inicial, tendo por base a metodologia “ABCDE”, foi importante porque permitiu-me identificar focos de instabilidade e, desta forma, responder prontamente. Exemplo disto

foi a punção de um acesso venoso periférico de grande calibre antecipando a necessidade de administração de hemoderivados e de suporte aminérgico. A utilização desta metodologia de avaliação da pessoa em situação crítica foi também importante, porque me permitiu realizar, de forma rápida, a revisão das intervenções implementadas e a sua adequação face à situação.

Toda esta situação foi propícia ao desenvolvimento da capacidade de **prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica** e também, uma situação que me permitiu adquirir competências que mobilizei para o 2º estágio em contexto de UCI.

Apesar desta situação ter sido bastante rica para a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, o momento que se seguiu foi também muito benéfico no meu processo de desenvolvimento de competências relacionais. Este desfecho não era expectável para a família. Na sala de espera encontrava-se a esposa, a mãe e os filhos do Sr. M. e passaram a ser eles o meu alvo de cuidados.

Antes de falar com a família, a primeira decisão tomada, em parceria com o orientador clínico, foi prestar os cuidados ao corpo e colocá-lo num ambiente mais calmo para permitir uma despedida mais reservada e intimista. A minha intervenção passou por acompanhar, até ao Sr. M., todos os familiares que se quiseram despedir. Inicialmente, questionei-me sobre o que poderia dizer para atenuar o seu sofrimento mas, desde logo percebi que, mais importante do que dizer era o que não dizer. Aquele momento foi de enorme dor e o melhor era permanecer apenas em silêncio e disponível para algo que necessitassem. A importância da expressão “o silêncio vale mais que mil palavras” saiu reforçada.

Ter permitido e facilitado o momento da despedida, apesar de toda a azáfama vivida no SU, foi o mais acertado e, perceber que o silêncio e a disponibilidade eram as melhores intervenções que poderia ter naquele momento para com aquela família, alvo dos meus cuidados, foi das melhores decisões tomadas ao longo do estágio mas também uma das mais difíceis.

A comunicação na prestação de cuidados é de grande relevância. Quando se fala de comunicação falamos da verbal e da não-verbal, sendo que naquele momento de dor vivido pela família, a comunicação não-verbal foi a que se revelou de maior significado.

A comunicação desta má notícia alterou toda a dinâmica daquela família. Má notícia é definida por *Fontes et al* (2017; p.1149) como sendo “qualquer informação de conteúdo desagradável relacionada com o paciente e transmitida a ele ou ao seu cuidador ou a sua família que envolva mudança drástica na perspectiva de futuro e/ou prognóstico de saúde.” A

forma como estas notícias são comunicadas terão um impacto enorme na vida das pessoas que a recebem e estes nunca irão esquecer este momento como tal, sai reforçada a ideia de que “o papel do enfermeiro não se limita apenas ao ato do cuidar, porém esse ato é capaz não só de curar o corpo mas também a mente e conforto ao espírito” (Santos *et al*, 2017; p.1).

Esta situação serviu para perceber que, em contexto de urgência, a comunicação de más notícias é extremamente complexa porque, muitas vezes, é algo inesperado e quem a recebe não está minimamente preparado para tal. O enfermeiro deve recordar, que apesar de toda a azáfama, existe uma família que aguarda na sala de espera por notícias e que irá necessitar também dos seus cuidados. Apesar da minha inexperiência nestas situações consegui lidar da melhor forma possível, possibilitando a despedida do ente querido e estabelecendo uma relação com esta família estando presente e demonstrando disponibilidade tendo assim conseguido o **estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica e assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e /ou falência orgânica.**

Este estágio teve também contributo a nível da **prevenção e controlo de infeção** associada aos cuidados de saúde. As IACS “aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde” (DGS, 2017; p.5).

Apercebi-me que a utilização correta dos diferentes equipamentos de proteção individual, o conhecimento sobre os diferentes tipos de isolamento e os cuidados a ter em cada um, era uma problemática a nível do grupo das assistentes operacionais. Como tal, procurei sensibilizar este grupo sobre as temáticas acima mencionadas e, desta forma, assegurar a proteção dos doentes e das próprias contribuindo assim para a prevenção e controlo de infeção.

Esta tentativa de capacitação foi realizada em momentos informais uma vez que, percebi que seria a melhor forma devido à agitação vivenciada no SU motivada pela grande afluência de doentes a este serviço e também por haver uma maior receção a estes momentos informais. Aproveitava os momentos que antecederiam a prestação de cuidados a um doente com indicação para isolamento para falar sobre os equipamentos de proteção individual que iríamos utilizar e reforçar a importância dos mesmos.

Na prestação de cuidados a doentes sob ventilação mecânica invasiva percebi que um dos fatores de agravamento da situação clínica é a pneumonia associada à ventilação mecânica. Segundo a DGS (2015; p.6) “a pneumonia associada à intubação é a infeção

adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade.” Tal acontece porque os mecanismos de defesa naturais do doente estão alterados uma vez que, há a supressão da proteção das vias aéreas superiores, devido à presença do tubo endotraqueal, o que acarreta mudanças na fisiologia respiratória normal, induzindo a um aumento da secreção e ao aumento da frequência das infeções respiratórias (Cruz & Martins, 2019).

Como futura enfermeira especialista na vertente da pessoa em situação crítica, foi de extrema importância refletir sobre intervenções a levar a cabo para diminuir a incidência desta complicação. Como tal, e servindo também de ponte para o próximo contexto de estágio, realizei uma pesquisa da literatura sobre a temática que orientasse a minha ação e que, contribuiu para o **desenvolvimento de conhecimentos para a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos** e para o **conhecimento de procedimentos requeridos na prevenção e controlo de infeção na pessoa em situação crítica/falência orgânica**.

O segundo objetivo específico foi contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa idosa, com alterações da comunicação, em contexto de SU. A dor, apesar de definida como 5º sinal vital pela DGS desde 2003 continua a ser subvalorizada mesmo na pessoa em situação crítica. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016; p.6) “a dor do doente crítico não é considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais ” apesar de se saber que está presente e, muitas vezes, é a principal queixa que motiva a ida ao SU. É função do enfermeiro ter a dor como foco de atenção contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Houve uma situação em particular que motivou o desenvolvimento da temática da avaliação da dor na pessoa idosa com alterações na comunicação em situação crítica. Estava a prestar cuidados ao Sr. A., com cerca de 80 anos, estando este bastante agitado, hipertenso e taquicardico. Questionei-o sobre o que se passava mas, como se encontrava confuso e com um discurso inpercetível, não conseguia exprimir o que sentia ou o que se passava. O doente tinha a mão direita sobre o membro inferior direito de forma persistente. Após observar o comportamento do Sr. A. com maior atenção, percebi que o motivo destas alterações poderia estar relacionado com a presença de dor. Administrei a terapêutica analgésica que tinha prescrito tendo ficado mais calmo e com os parâmetros vitais a voltarem aos valores previamente apresentados a este episódio.

Foi então com base nesta situação que defini o meu segundo objetivo específico. Questionei-me como deveria ser realizada a avaliação da dor em alguém impossibilitado de comunicar e em que as escalas numérica, qualitativa e de faces, as mais utilizadas e, pré-definidas no sistema informático deste SU, não conseguem dar resposta à avaliação da dor.

A população idosa tinha uma grande prevalência no SU onde me encontrava a desenvolver estágio. Tal é representativo da realidade portuguesa, uma população cada vez mais envelhecida. A avaliação da dor é, muitas vezes, dificultada por alterações de comunicação existentes nesta faixa etária e, a situação que relatei foi representativa disto.

A pessoa deve ser considerada como o melhor avaliador da sua dor privilegiando-se o auto-relato como fonte de informação de presença de dor desde que a pessoa mantenha sem alterações as suas funções cognitivas e a capacidade de comunicação (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Contudo, a população idosa com alterações na comunicação tem alguns fatores limitativos na avaliação da sua dor e, como tal é importante ter conhecimento e adotar instrumentos de avaliação alternativos e que se adaptem a este grupo etário.

Considero que, as ações de formação, constituem um momento de comunicação dos resultados da prática clínica e evidência científica, promovendo assim a prática baseada na evidência. Como tal, optei por realizar 2 sessões de formação que decorreram no dia 8 de julho, no SU onde o estágio se desenvolveu. Comecei por realizar a divulgação junto dos elementos da equipa (apêndice I), elaborei o plano da sessão de formação (apêndice II) e, posteriormente, realizei a apresentação da sessão de formação (apêndice III). Foi também realizado um questionário de avaliação da sessão de formação (apêndice IV).

Estes momentos de partilha tiveram como objetivo, a sensibilização da equipa de enfermagem para a temática da dor e utilização de instrumentos de avaliação mais adequados para este grupo etário que se encontra mais vulnerável. Contribuíram também para a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional que irá ter como finalidade a melhoria da satisfação dos doentes e da sua qualidade de vida. Tal é comprovado pelos resultados obtidos na avaliação da ação de formação realizada (Apêndice V).

Elaborei também um documento escrito sobre a temática da avaliação da dor na pessoa idosa com alterações da comunicação (apêndice VI). Este engloba as alterações fisiológicas que deixam esta faixa etária mais suscetível à presença de dor, fala também sobre a comunicação e as particularidades no idoso e, como realizar a avaliação da dor neste tipo de doentes fazendo referências a instrumentos de avaliação adaptados a esta realidade. Foi utilizada como referência o livro *Pessoa Idosas Uma Abordagem Global* de Berger e Mailloux- Poirie em articulação com o orientador clínico uma vez que, apesar de ser datado

de 1995, contém informação bastante completa sobre a esta temática e mantém informação atualizada ainda nos dias de hoje. Este documento foi entregue no SU para consulta dos diversos elementos que nesta exercem funções e que não puderem frequentar as ações de formação realizadas sobre a temática.

Tudo isto, permitiu-me alcançar o objetivo de contribuir para a **gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, neste caso mais específico, na pessoa idosa com alterações na comunicação.

## 2.2. ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O presente subcapítulo consiste numa análise crítica e reflexiva sobre atividades realizadas no âmbito do estágio que surge inserido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, tendo tido a duração de 360 horas.

Optei pela realização do mesmo numa UCIP, localizada num hospital da periferia de Lisboa. As UCI são, segundo a DGS (2003; p.6), “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”. Esta escolha teve por base, o abrangente número de competências na área da pessoa em situação crítica que este local me permitiria desenvolver.

O local onde realizei o estágio está integrado num Serviço de Medicina Intensiva, sendo constituído também pela Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais e pela Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar. A UCIP tem uma lotação de 14 camas, sendo que 10 são pertencentes à UCIP com dois quartos individuais de isolamento. 4 camas estão inseridas na UCIP mas, numa zona física distinta, que constituem a Unidade de Alta Dependência (UAD) mais direcionada para doentes com patologia do foro neurológico. É composta por uma equipa de 40 enfermeiros, dos quais 1 elemento é o Chefe de Enfermagem; 2 enfermeiros fora de escala e os restantes elementos divididos por 5 equipas sendo de cada uma tem na sua constituição 1 enfermeiro chefe e um 2º elemento. A equipa médica é constituída por uma equipa fixa de 6 médicos sendo complementada por outros médicos de várias especialidades dando apoio à equipa médica fixa. A equipa de assistentes operacionais é composta por 13 elementos e, existe uma secretária de unidade que assegura o apoio administrativo.

Esta UCI faz parte de uma unidade de nível III que “pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou

implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos” (Ministério da Saúde, 2013; p.58).

Para este estágio, como objetivo geral defini **desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família**. Já como objetivos específicos defini desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e também contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica com alterações da comunicação, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

Várias foram as situações vivenciadas ao longo deste estágio que foram propícias ao desenvolvimento dos objetivos acima referidos. O início deste percurso foi marcado por um período de conhecimento e de integração na UCIP. Para tal, foram-me dadas a conhecer as dinâmicas do serviço e o espaço físico nomeadamente o local onde o material era armazenado e o diferente tipo de material existente na unidade. Foi-me também explicada a disposição do carro de emergência médica e dado a conhecer o material que nele constava familiarizando-me com a sua disposição tendo sido bastante útil ao longo do estágio porque facilitou a minha intervenção de forma atempada em situações em que era necessário utilizar o mesmo. Foi importante, porque houve momentos de urgência e assim, consegui de forma atempada fornecer e encontrar o que me era pedido não comprometendo a segurança do doente. Este período de adaptação e de integração ao serviço foi também de extrema importância para conhecer toda a equipa que dele faz parte tendo sido benéfico na sensação de fazer parte desta equipa, sendo tal facilitador na aquisição de competências.

O transporte de um doente crítico, pode ser um momento bastante complicado. Tal como a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) referem, pode ser representativo de uma grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações. Estas devem ser antecipadas podendo ocorrer na passagem do doente do serviço de origem para a maca de transporte, no início do trajeto, nos transportes de longa duração, ou na receção do doente no serviço de origem.

O Sr. P. encontrava-se internado na UCIP com o diagnóstico de admissão de hemorragia digestiva alta e, por agravamento da mesma, houve a necessidade de ser intervencionado sendo transferido para o bloco operatório. No início do turno fui informada que a intervenção já teria sido concluída e que o doente estaria pronto para regressar à UCIP, o seu serviço de origem.

Dei início à preparação de todo o material necessário para a realização do transporte. Comecei por verificar o funcionamento do ventilador de transporte, antecipando que o doente viria sob suporte ventilatório; o funcionamento da bala de oxigénio e se a mesma se encontrava na sua capacidade máxima e, o funcionamento e bateria do monitor de transporte. Validei também a presença da mala de transporte que contém todos os fármacos e material necessário em caso de urgência. Preparei duas seringas infusoras antecipando a vinda de fármacos em perfusão, tendo verificado também o seu correto funcionamento e a bateria das mesmas. A validação e reunião de todo o material para a realização de transporte teve como objetivo prevenir a ocorrência de complicações relacionadas com o mau funcionamento do equipamento.

Após a chegada ao bloco operatório, foi então realizada a transferência da maca do bloco operatório para a cama da UCIP. Tal como a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos referem (2008) a transferência do doente é um momento bastante importante e pode ser representativo de descompensação pelo que, a prevenção de complicações que daí possam advir e a estabilização do doente são fundamentais.

Optei por manter o ventilador e monitorização proveniente do bloco operatório no momento da transferência de uma cama para outra até manutenção da estabilidade hemodinâmica do Sr. P. Enquanto isso, verifiquei se os dispositivos médicos tais como o tubo orotraqueal, cateter venoso central, drenagem vesical, sonda nasogástrica e perfusões que se encontravam em curso estavam bem fixos para prevenir a exteriorização ou tração dos mesmos ao longo do transporte que poderiam ser desencadeadores de uma descompensação.

Após garantir a estabilidade hemodinâmica optei então por conectar o Sr. P ao ventilador de transporte. Ter realizado esta mudança apenas neste momento ocorreu porque, para além da transferência de uma maca para outra por si só já ser representativa de um momento delicado para o doente, os ventiladores de transporte, normalmente disponíveis nos hospitais, não possuem os mesmos modos ventilatórios, pelo que a conexão a esses equipamentos deve ser efetuada nos serviços de origem, devendo ser dado o tempo necessário para adaptação do doente a esse novo equipamento (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008) tendo sido o que aconteceu. Após isto, realizei uma observação geral do Sr. P., baseada na metodologia ABCDE para avaliar a sua estabilidade tendo, posteriormente, dado início ao transporte para a UCIP. Segundo a Ordem dos Médico e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) a observação do doente, antes do início do transporte é fundamental, tornando possível a deteção de alterações que possam surgir

durante o transporte dando a informação sobre a base fisiológica do doente antes da sua realização.

Após isto, realizei o transporte tendo o mesmo decorrido sem intercorrências. Esta situação foi importante para o meu desenvolvimento porque permitiu-me **dar resposta, de forma antecipatória, a possíveis focos de instabilidade** e de **diagnosticar precocemente as complicações resultantes de uma intervenção complexa.**

O internamento numa UCI é representativa de uma transição de um estado de saúde para um estado de doença e, apesar de bastante exigente para o doente, também é para a sua família. Como tal, é fundamental que os cuidados de enfermagem não sejam apenas direcionados para o doente, mas que englobem a família sendo também entendida como alvo de cuidados (Cabete *et al*, 2019).

Existe a perceção de que, nas unidades de cuidados intensivos, muitas das situações culminam na morte do doente. Muitas vezes, devido à complexidade da situação que a pessoa vivencia, os profissionais de saúde acabam por ter de comunicar más notícias à família. Estas são representativas de mudanças radicais e negativas na ideia de que a pessoa tem da sua vida futura (Querido, Salazar & Neto; 2010). É importante ter presente que a família nunca esquece como uma má notícia é transmitida, podendo esta ter um grande impacto na sua vida (Santos *et al*, 2017).

No momento do regresso à UCIP, a esposa e o filho do Sr. P. encontravam-se junto à entrada e apenas sabiam que tinha ocorrido um agravamento no seu estado clínico mas, não tinham mais nenhuma informação. Era visível a preocupação da família. A UCI é um dos serviços onde os familiares mais sofrem talvez porque a atenção está maioritariamente centrada nas necessidades do doente e não há um foco tão acentuado na expressão dos medos e ansiedade da família (Rodríguez, Velandia, Leiva, 2016).

Foi pedido que aguardassem na sala de espera que já lhe seriam fornecidas todas informações e esclarecimentos.

Após terminada a receção do Sr. P. na UCIP, fui ao encontro da sua esposa e filho tendo-os encaminhado para uma sala com um ambiente mais acolhedor. Desta forma, tal como indicado no Protocolo de *Buckman*, foi conseguido assegurar o ambiente correto, mais calmo e resguardado para a comunicação de más notícias. Esta intervenção, como refere Cabete *et al* (2019), permitiu o favorecimento do bem-estar e o favorecimento da relação empática com a família.

Começámos por perguntar o que sabiam sobre o estado clínico do Sr. P. tendo o filho referido que, apenas sabiam que tinha tido uma hemorragia. Após isto, foi explicado o

motivo pelo qual o Sr. P. teve de ser intervencionado, o estado clínico atual e a complexidade da situação. Tal foi ao encontro do 2º, 3º e 4º passos do Protocolo de Buckman (Buckman; 1998) que tive como guia orientador nesta situação, tentei perceber o que já sabiam, o que queriam saber e partilhei a informação que tinha sobre a situação de forma clara e simples para permitir a compreensão dos familiares. Tal como Rodríguez, Velandia e Leiva (2016) afirmam, a família da pessoa em situação crítica necessita de apoio emocional e de uma comunicação clara sobre o seu estado clínico.

Após isto, demonstrei disponibilidade para responder às questões que pudessem ter, tentando dar resposta às reações dos familiares. É importante que nós, enfermeiros, permitamos que a família exponha as suas dúvidas e receios e dar resposta de forma clara e verdadeira (Cabete *et al*, 2019). A única questão que a esposa colocou foi se poderia ver o seu marido. De imediato respondi que sim e expliquei que o Sr. P. estava sob suporte ventilatório, com várias perfusões, com drenos que ele não iria conseguir falar com ela, mas caso ela tivesse vontade de o fazer e de tocar-lhe poderia fazê-lo.

Estar presente na primeira visita da família à pessoa em situação crítica é bastante importante no estabelecimento de relação terapêutica. Tal como refere Cabete *et al* (2019), esta é marcante e a família vivencia imensos sentimentos e tem imensas dúvidas. Ter alguém que os tranquilize e os informe é de extrema importância. O ambiente altamente tecnológico presente nas unidades de cuidados intensivos pode ser um fator desencadeador de *stress* e, em grande parte, tal deve-se à enorme variedade de alarmes sonoros (Rodríguez, Velandia, Leiva, 2016). Como tal, é importante explicar o porquê dos mesmos existirem e desmistificá-los referindo que estaremos sempre por perto e assim que os mesmos surgirem iremos intervir. E foi isto que fiz antes da esposa e do filho do Sr. P. entrarem na UCIP. Informei-os que poderia surgir algum alarme sonoro, mas para ficarem tranquilos que serviam apenas para nos alertar de alguma mudança que existisse. Para não se preocuparem porque estaria sempre por perto para verificar o que se passava. Informei também que poderiam ligar para o serviço fora do período autorizado e que, poderiam permanecer na visita após a hora da mesma terminar e tal, era permitido a ela e ao seu filho, uma vez que por norma, só é autorizada a presença de uma visita de cada vez.

Após isto, acompanhei a família até ao Sr. P. e fiquei ao pé dos mesmos, em silêncio, estando apenas presente e demonstrando disponibilidade para ajudar caso precisassem de algo. Ao fazer todas estas ações, desenvolvi o passo 6 do Protocolo de *Buckman* (Buckman, 1998) em que planeei a minha ação tendo por base as necessidades percebidas por mim que esta família tinham e acompanhei a mesma em todo o processo.

O Sr. P. acabou por falecer durante a madrugada desse mesmo dia e, a família, aquando da receção da notícia agradeceu por lhe ter sido explicado o que se estava a passar e lhe ter sido permitido ter permanecido ao pé dele. Tal reforçou a ideia de que, numa UCI não é só o doente o alvo dos nossos cuidados, a sua família também requer cuidados, atenção e informação (Rodríguez, Velandia, Leiva, 2016).

Esta situação foi de extrema importância para perceber que, tal como referido por Cabete *et al* (2019) numa relação terapêutica, a comunicação, visto como um processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, é um mecanismo na abordagem clínica e, sendo assim assume uma função essencial, neste caso, **a de assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença.**

Um dos principais objetivos dos cuidados à pessoa em situação crítica passa **pela identificação, tão rápida quanto possível dos seus problemas potenciais, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar o seu impacto.**

A Sr.<sup>a</sup> T. encontrava-se internada na UCIP com o diagnóstico de Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda. Estava sob suporte ventilatório mas com saturações periféricas baixas e com má adaptação ventilatória.

Recordei-me de um doente que esteve internado na UCIP com o mesmo quadro clínico, logo no início do estágio tendo-se optado por colocá-lo em decúbito ventral apresentando melhoria clínica. Então, em discussão com a orientadora clínica, sugeri a hipótese de implementar esta intervenção na situação da Sr.<sup>a</sup> T. para verificar se haveria uma melhoria na adaptação ventilatória. Este posicionamento tem como objetivo promover uma melhor expansão pulmonar e uma melhoria ao nível da oxigenação. Tal acontece porque, quando o doente se encontra posicionado em decúbito ventral há um aumento do volume expiratório, uma melhor coordenação na ventilação e na circulação sanguínea nos pulmões; transformação da área efetiva da ventilação pulmonar e interferência nas variações de volume da caixa torácica (Jahani, Soleymani, Asadizaker; Soltani; Cheraghian, 2018).

Após a minha sugestão, falámos com a equipa médica que concordou tendo a Sr.<sup>a</sup> T. sido posicionada neste decúbito. Procedeu-se então à alternância de decúbito, tendo feito parte da equipa que estava presente, verificando-se que esta foi uma boa sugestão apresentando a doente uma melhoria clínica significativa. Desta forma, consegui **implementar uma intervenção que contribuiu para minimizar o impacto** da má adaptação ventilatória da Sr.<sup>a</sup> T.

No entanto, apesar do decúbito ventral ser promotor da melhoria respiratória não é isento de possíveis complicações. Como tal, após ter auxiliado na alternância para o decúbito ventral da Sr.<sup>a</sup> T. , as minhas intervenções seguintes passaram pela prevenção de possíveis complicações que este poderia desencadear.

A prevenção das complicações podem ser englobadas em três categorias: relacionadas com os acessos/drenagens; com o próprio posicionamento e com a entubação endotraqueal (Oliveira *et al*, 2015).

As complicações relacionadas com os acessos/drenagens passam pela remoção de catéteres, sondas para alimentação entérica e drenagens (Oliveira *et al*, 2015). Para prevenir que estas ocorram deve-se verificar a sua correta fixação antes da realização do posicionamento e durante o período em que o doente se encontra neste decúbito. Relativamente às complicações relacionadas com o posicionamento englobam-se o desenvolvimento de úlceras de pressão sendo a face, peito e joelhos os locais mais propícios ao desenvolvimento de lesões; edema facial e torácico; lesão a nível do plexo braquial; deiscência de ferida cirúrgica; intolerância alimentar; falta de fluxo do catéter de técnica dialítica e lesão a nível da córnea (Oliveira *et al*, 2015). Como tal, segundo estes mesmos autores, como prevenção destas complicações, defendem que a cama do doente deve ser colocada com um ligeiro declive (10° a 15°) como forma de prevenção do edema facial; fazer a rotação da face de 2/2 horas; alternar a posição dos membros superiores e inferiores para prevenção de úlcera de pressão e ocorrência de rigidez articular; colocação de sonda naso/orogástrica em drenagem passiva de forma a prevenir a pneumonia de aspiração associada a ocorrência de vômito e também, a oclusão e hidratação ocular para prevenir a lesão a nível da córnea. Já as complicações relativas à entubação endotraqueal passa pela extubação acidental; entubação seletiva, deslocação/obstrução do tubo endotraqueal (Oliveira *et al*, 2015). Como tal, aquando da realização do posicionamento deve-se assegurar a correta fixação do tubo endotraqueal e assegurar a presença de material perto da unidade do doente caso ocorra extubação acidental para que haja uma intervenção de forma atempada (Oliveira *et al*, 2015).

Esta situação foi bastante importante tendo permitido o desenvolvimento da **capacidade de antecipação de complicações na pessoa em situação crítica** tendo, num primeiro momento, posicionado a Sr.<sup>a</sup> T. em decúbito ventral para melhorar a sua capacidade ventilatória e, numa segunda fase, ter um conjunto de intervenções de forma a prevenir complicações que possam advir desta intervenção.

Tal como a Ordem dos Enfermeiros (2018; p.19363) refere “os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.”

Num dos turnos, recebi o Sr. M. proveniente do serviço de urgência. Tinha apresentado uma paragem cardiorrespiratória em contexto de hipercaliémia. Já com antecedentes de insuficiência renal crónica integrado em programa de hemodiálise. Antes da receção do Sr. M. na UCIP fomos informados que vinha com uma máscara laríngea por dificuldade na realização da intubação orotraqueal devido à via aérea ser de abordagem difícil.

Tendo por base toda esta informação foi, de imediato, iniciada toda a preparação para a sua receção garantindo a prestação de cuidados atempada e, antecipando as necessidades do doente.

Ficou desde logo entendido que seria necessário a realização de técnica dialítica pelo que, preparei o material para colocação de cateter de diálise e o equipamento para a realização da técnica de forma a assegurar que tudo fosse feito de forma rápida e atempada tendo em conta a instabilidade hemodinâmica que o Sr. M. apresentava.

Preparei também o material necessário para a intubação orotraqueal, material para colocação de linha arterial e o material para a colocação do CVC tendo antecipado a necessidade destes dispositivos face à informação transmitida. Fiquei responsável, aquando da chegada do Sr. M. à UCIP, pela administração de fármacos, nomeadamente fármacos sedativos para facilitar a intubação e, pelo fornecimento de material necessário que se encontrasse disponível no carro de urgência. Esta divisão de tarefas é bastante importante uma vez que, o momento de receção da pessoa em situação crítica exige ações bem coordenadas e, como tal, é benéfico que na equipa, cada elemento tenha objetivos claros e tarefas bem definidas para possibilitar uma identificação e intervenção precoce dos problemas (DGS, 2010).

A minha avaliação inicial do Sr. M., teve por base a metodologia ABCDE. O item a) via aérea e b) ventilação encontravam-se comprometidos pelo que, de imediato se procedeu à intubação orotraqueal. Foi bastante importante o facto do material já se encontrar preparado tendo-se iniciado, de forma rápida o procedimento. Para além disto, fiquei também encarregue da preparação da terapêutica necessária ao longo do procedimento.

Seguindo a avaliação com base na metodologia ABCDE, no item c) circulação o Sr. M. encontrava-se hipotenso, sem hemorragia ativa visível tendo-se realizado uma ecografia abdominal que despistou hemorragia interna. Para controlo tensional, foi iniciado suporte aminérgico.

A minha intervenção foi ao encontro do preconizado pela DGS (2010) que refere que, na avaliação inicial da pessoa em situação crítica as intervenções prioritárias são avaliar e assegurar a via aérea a par do fornecimento de oxigenoterapia; avaliar e controlar a respiração, e se necessário, intubar endotraquealmente e ventilar; avaliar e controlar a função cardiovascular e realização de um diagnóstico precoce de eventual hemorragia interna, recorrendo ao “FAST” (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*).

Após estabilização do doente, foi novamente realizada a sua avaliação para validar que nada havia sido esquecido. Aquando maior estabilidade do Sr. M. procedeu-se à colocação de CVC, linha arterial e cateter de diálise tendo o material já sido, previamente, preparado por mim, antes da receção do Sr. M., ficando também a colaborar durante a realização dos procedimentos acima referidos.

Fiquei ainda responsável pelo registo das intervenções realizadas, história e diagnóstico clínico do Sr. M. Tal foi bastante importante na organização do pensamento e das intervenções implementadas e também, no reforço da importância do registo da informação para posteriormente, não haver falha na transmissão da mesma. Segundo a DGS (2017) as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde e, maioritariamente ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados. Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma e também a sua implementação de forma ativa. A técnica preconizada pela DGS (2017) para prevenção de erros na transmissão de informação é o ISBAR.

Na UCIP, é organizada toda a informação referente ao doente de acordo com esta técnica assegurando que a transmissão ocorra sem nenhum esquecimento, garantindo a qualidade na transição dos cuidados de saúde sendo este um elemento fundamental para a sua segurança tendo como consequência, o aumento na qualidade da prestação de cuidados, diminuição de eventos adversos e diminuição da mortalidade (DGS, 2017).

De realçar a minha capacidade, nesta situação, de **identificar prontamente focos de instabilidade** e de **responder de forma pronta e antecipatória a estes**. Realizei a preparação do material para a intubação e colocação de dispositivos médicos antecipando a situação clínica e necessidades do Sr. M. O facto de ter utilizado a metodologia de avaliação

“ABCDE” foi facilitadora na minha intervenção permitindo um pensamento estruturado e uma intervenção atempada. De realçar também a responsabilidade assumida na preparação e administração de fármacos, nomeadamente sedação e suporte aminérgico que me permitiu aprimorar a **capacidade de gestão de protocolos farmacêuticos complexos**.

Uma das competências que deve ser desenvolvida pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, é **dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação**. Torna-se pertinente a definição destes conceitos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018; p.19362) uma situação de emergência “resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida”. Situação de exceção consiste “ numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis”. Já catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil. Decreto- Lei nº27/2006 (p.4696), como um “ acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018; p.19363), perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime”.

Esta competência não foi inteiramente desenvolvida uma vez que, no que diz respeito à execução, ao longo do estágio, não houve oportunidade para tal. No entanto, antecipando a possibilidade de ocorrência de alguma situação acima enunciada, procurei conhecer o que se encontrava preconizado na UCIP em termos de atuação em caso de catástrofe, para conseguir atuar fazendo face a algum tipo de evento.

A UCIP elaborou um Plano de Emergência Interna (2012) que tem como objetivo “responder de uma forma rápida e coordenada a uma situação de emergência, até à chegada dos serviços exteriores de socorro e, em caso de necessidade, efetuar a evacuação do serviço” (Plano de Emergência Interna da UCIP, 2012). Consiste num conjunto de ações coordenadas e instruções de procedimento a realizar pelos funcionários do hospital em caso de sinistro.

Os doentes internados são classificados de acordo com a ordem de evacuação, no momento da admissão na UCIP, tendo em conta critérios definidos baseados em dois fatores: o prognóstico e a situação clínica.

Os doentes são classificados de acordo com estes critérios em 4 grupos e esta informação é registada e atualizada diariamente na folha de registo de enfermagem e colocada no processo clínico do doente. É também transmitida pelo chefe de equipa, aquando a transição de cuidados, em cada turno. Desta forma, assegura-se a transmissão da informação sobre a ordem de evacuação em caso de emergência e, garante que esta fique registada não comprometendo a segurança do doente. Tal é corroborado pela DGS (2017) que afirma que, a qualidade na transição dos cuidados é um elemento fundamental para a segurança do doente contribuindo para o aumento na qualidade da prestação de cuidados, diminuição de eventos adversos e, como consequência, diminuição da taxa de mortalidade. A classificação dos doentes relativamente à ordem de evacuação é também importante, tal como referido no Plano de Emergência Interna da UCIP (2012), para definir os locais apropriados para a evacuação de cada grupo de forma prévia.

Para além da classificação e registo desta informação, cada enfermeiro tem a responsabilidade de confirmar, diariamente, se os equipamentos necessários estão funcionais. Ao longo do estágio, várias foram as vezes que, verifiquei o funcionamento do monitor e do ventilador de transporte, para garantir o seu adequado funcionamento em caso de necessidade. Cabe a cada elemento de enfermagem assegurar que, os doentes que lhe estão atribuídos nesse turno, tenham um transporte seguro até ao local destinado e para isto deve assegurar a ordem de evacuação correta dos seus doentes; assegurar que tem reserva de oxigénio suficiente; insuflador manual com máscara facial; ventilador de transporte testado; acesso vascular seguro; fármacos de reanimação; confirmação da fixação de todos os tubos, sondas, cateteres ou drenos; bateria elétrica assegurada de todo o equipamento utilizado; fármacos para sedação e/ou analgesia e de suporte de vida em perfusão disponíveis e o respetivo processo clínico deve acompanhar o doente (UCIP, 2012).

Apesar de não ter conseguido desenvolver, na sua plenitude, a competência relativa à resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, uma vez que não vivenciei nenhuma situação destas, consegui apropriar-me dos conhecimentos sobre o Plano de Emergência Interna da UCIP e, como deveria agir permitindo-me interiorizar o que fazer em situação de emergência para salvaguardar o bem-estar do doente. O facto de ter realizado a classificação relativa à sua ordem de evacuação também foi de extrema importância porque,

em caso de emergência ou catástrofe, sabia quem evacuar em primeiro lugar e o que necessitaria para tal.

Outra das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica, passa por, maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

As IACS tal como refere a DGS (2017; p.5) “aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Acentuam a pressão geradora de resistência dos microrganismos aos antimicrobianos pelo maior uso de antibióticos, inviabilizam a qualidade dos cuidados e são a principal ameaça à segurança dos cidadãos”. As unidades de cuidados intensivos apresentam um risco de infeção aumentado face aos múltiplos contextos de ação, à complexidade de situações e à diferenciação dos cuidados exigidos nomeadamente a utilização de medidas de diagnóstico e terapêuticas invasivas.

Ao longo do estágio estive desperta para perceber, quais as intervenções utilizadas no serviço onde me encontrava para prevenir a infeção tentando verificar alguma necessidade em que pudesse intervir tendo contribuído para a melhoria das práticas no entanto, rapidamente percebi que, o controlo de infeção, nesta equipa, constituía uma grande preocupação, havendo um esforço em tentar acompanhar a estatística dos últimos anos de descida da incidência destas IACS monitorizadas em Portugal. Segundo DGS (2017), em 2017, foram realizados novos estudos de prevalência de infeção em hospitais e em unidades de cuidados continuados integrados, com valores provisórios tendencialmente favoráveis de 7,8% tendo havido uma descida de 2,7% comparativamente em 2012, uma vez que o valor situava-se em 10,5%.

No Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (2017) há referência à pneumonia associada à intubação endotraqueal; infeção associada a cateter intravascular central e a bacteriémia nosocomial por MRSA como as que apresentam maior incidência nas unidades de cuidados intensivos. Tendo isto por base, tentei perceber o que era feito no local onde me encontrava a desenvolver o estágio para prevenir as mesmas e, se haveria algo que poderia fazer para contribuir para a melhoria das mesmas.

Relativamente a bacteriémia nosocomial por MRSA, no momento de admissão do doente na UCIP são realizadas zaragatoas para pesquisa de MRSA nos doentes provenientes de outros serviços intra ou inter hospitalares ou que tenham um internamento a menos de 6 meses; com presença de úlceras de pressão ou que tenham tido um internamento prévio com

necessidade de isolamento por presença de MRSA. Dado que o doente já apresenta fatores de risco para a presença deste microrganismo é colocado, desde logo, em isolamento de contacto de forma preventiva até os resultados das colheitas realizadas estarem disponíveis. Durante os 5 primeiros dias de internamento, são prestados cuidados de higiene corporal com toalhetes de gluconato de clorhexidina a 2% a todos os doentes admitidos. Desde a primeira visita, os familiares são informados sobre a necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual e forma correta de utilização e colocação dos mesmos e a higienização das mãos ao entrar e sair da unidade fazendo referência ao benefício desta medida para a proteção da sua saúde e do seu familiar.

Para além da preocupação com o cumprimento das medidas de isolamento e higienização das mãos por parte das visitas, havia também uma grande preocupação por parte de todos os profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos.

Como se pode constatar, neste serviço, todas as ações levadas para a prevenção da bacteriemia por MRSA vão ao encontro ao preconizado na norma nº 018/2014 elaborada pela DGS.

A pneumonia associada à ventilação mecânica, segundo a DGS, (2015; p.6) “é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em unidades de cuidados intensivos e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade.”

Uma das intervenções preventivas implementadas na UCIP, consiste na realização da higiene oral, 3 vezes por turno, utilizando gluconato de clorhexidina 0,2%, o que se revela de extrema importância, tal como referido pela DGS (2015) na prevenção da infeção no doente intubado.

Havia também a revisão diária, por parte do médico e do enfermeiro que se encontravam responsáveis pelo doente, sobre a hipótese de ser iniciado o desmame ventilatório e, posteriormente, progredir para extubação. Tive oportunidade, em conjunto com o médico que acompanhava o doente, de colaborar no processo de desmame ventilatório de alguns doentes e, posteriormente, na sua extubação. Quando havia a decisão de iniciar o desmame ventilatório e, caso ocorresse a extubação do doente, todas as medidas implementadas eram registadas no processo clínico para perceber a resposta do doente.

Havia também a preocupação de verificar, pelo menos 1 vez por turno ou quando houvesse dúvidas, com auxílio do cuffómetro, a pressão do balão do tubo endotraqueal. Tal como referido por Cruz & Martins (2019), é de extrema importância porque uma incorreta pressão pode levar à ocorrência de aspiração e promover a ocorrência de pneumonia. A

verificação da pressão do balão do tubo endotraqueal tal como a pressão verificada, ficava também registada nas folhas de enfermagem.

Os circuitos ventilatórios eram trocados apenas quando se encontravam danificados. Tal ação é corroborada pela DGS (2015) que refere que a substituição destes não deve ser feita de forma rotineira prevenindo-se assim a ocorrência de infeção.

Todas as intervenções que referi, praticadas no local de estágio onde o mesmo decorreu e que eu também levei a cabo, estão de acordo com o preconizado na norma nº021/2015 da DGS, designada por “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação havendo uma grande preocupação em que as mesmas fossem cumpridas por todos e incutidas desde logo à chegada de novos elementos.

Relativamente à prevenção de infeção associada ao cateter venoso central, havia desde logo a preocupação, no momento da colocação, de ser cumprida a assépsia exigida no procedimento. Era também tentado que a abordagem inicial na colocação do CVC fosse por via subclávia e, caso não fosse possível, tentariam o acesso por via jugular e só se estas opções falhassem seria realizada a abordagem por via femoral. Tal vai ao encontro do que é defendido pela DGS (2015) em que o acesso central por via subclávia é representativo de uma menor taxa de infeção. Apenas se deve optar pela colocação a nível jugular em caso de anatomia anómala na região subclávia ou lesão cutânea, hiperinsuflação pulmonar significativa ou inexperiência de quem irá o procedimento (DGS, 2015).

Havia em todas as unidades dos doentes toalhetas de clorhexidina a 2% para a desinfecção dos lúmens antes de administração de terapêutica para garantir a manutenção assépsia. Havia ainda o cuidado de realização de troca de sistemas de propofol a cada 12h havendo sempre a preocupação de identificação dos mesmos. Os pensos de CVC utilizados eram transparentes havendo sempre o cuidado de, aquando realização do mesmo, ser mantida assepsia do procedimento. A mudança do penso estava preconizado para ser realizada de 7/7 dias mas, o que observei é que o mesmo era trocado antes deste prazo porque, ou se apresentava sujo ou já não se encontrava aderente. Tal vai ao encontro das indicações elaboradas pela DGS (2015) que afirmam que o momento de mudança do penso deverá ser realizado quando este se encontre visivelmente sujo ou descolado; 48h após a sua realização se o penso tiver na sua constituição compressa ou 7 dias após a sua realização se o penso utilizado for transparente.

Aquando a realização do penso, se no local de inserção existissem sinais inflamatórios, era solicitada a observação do médico e realizada a mudança do CVC. A necessidade deste dispositivo era também validada de forma diária. No entanto, devido há instabilidade dos

doentes internados na UCIP muitas vezes, o momento em que se optava por retirar o CVC, era quando o doente era transferido para um serviço de internamento sendo considerado que neste momento o doente estaria mais estável.

A presença de cateter vesical, embora não sendo considerada um dos principais fatores das IACS, é também um dispositivo que favorece a sua ocorrência. A prevenção da infeção associada ao cateter vesical passa por medidas implementadas por todos os profissionais de saúde. O despejo do saco coletor na UCIP é realizado pelas assistentes operacionais no final de cada turno. Observei que estas, aquando da realização do despejo tinham como cuidados a higienização das mãos antes e após o procedimento e utilizavam equipamentos de proteção individuais tais como luvas e avental na realização do mesmo. Tinham também o cuidado de realizar a desinfeção da torneira do saco coletor antes e após o despejo com álcool a 70%. Apesar de estar definido que o despejo do saco coletor deveria ser realizado no final de todos os turnos, quando este se encontrava já com a sua capacidade de 2/3 preenchida era também esvaziado. Ao longo do estágio presenciei a integração de novas assistentes operacionais e havia o cuidado de as informar e deixá-las alerta para a importância do controlo de infeção. Tal era realizado pelos enfermeiros mas também pelos seus pares. Tal vai ao encontro do preconizado pela DGS (2015) na norma 019/2015 intitulada “Feixes de intervenção” de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.

A higienização das mãos, nos momentos preconizados pela DGS, tal como já mencionei, era uma ação bastante implementada e realizada por todos os profissionais na UCIP. Tal como referido pela DGS (2010), a higiene das mãos é algo simples mas que pode ter um grande impacto. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (tracto respiratório, etc.) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e de outros doentes ou do ambiente contaminado (DGS, 2010).

Assim sendo, a higiene das mãos é uma das medidas mais relevantes na prevenção e controlo das IACS. Na UCIP, tal como referido acima, havia bastante preocupação por parte de todos os profissionais com a higienização das mãos havendo auditorias frequentes sobre a realização e qualidade deste procedimento.

Para além da higiene das mãos ser representativa de grande importância para os profissionais de saúde desta unidade, havia um grande trabalho para que a importância da higienização das mãos como intervenção fundamental na prevenção e controlo de infeção fosse também passada a novos profissionais que se encontrassem a ser integrados; alunos

que se encontravam em diferentes estádios de desenvolvimento e se encontravam a desenvolver estágio; visitas e familiares dos doentes.

Desde a primeira visita que era explicado às visitas os momentos em que deviam proceder a lavagem das mãos e como esta deveria ser realizada. Ao lado do lavatório havia também afixado um *poster* com os passos corretos na realização deste processo de forma correta.

Como é possível verificar, relativamente à prevenção e controlo das IACS e, por consequência, a resistência a antimicrobianos, o local onde o meu estágio se desenvolveu tinha medidas muito bem implementadas. O meu papel, enquanto aluna de especialidade foi contribuir para a prevenção das IACS estando desperta para esta temática, demonstrando conhecimento através da sua integração na minha prática e também, através da perceção e apreensão dos bons cuidados prestados conseguindo melhorar o meu comportamento levando a que conseguisse o desenvolvimento da competência de **maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e /ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.**

O reconhecimento da importância da prevenção e controlo da infeção e também a necessidade de expansão de conhecimento relativo a doenças infecciosas motivou-me também à participação nas 12ª Jornadas De Atualização em Doenças Infecciosas organizadas pelo Hospital Curry Cabral tendo esta sido bastante vantajosa na aquisição de novos conhecimentos (Anexo I).

Uma das intervenções que o enfermeiro especialista deve levar a cabo passa pela gestão **diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**, otimizando as respostas como tal, o meu segundo objetivo específico no projeto de estágio foi de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica com alterações da comunicação, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

Desde o início do meu percurso, a dor na pessoa em situação crítica assumiu um papel de grande relevo. Esta pode ser desencadeadora de alterações a nível da funcionalidade mas, para além disso, pode também ter consequências a nível psicológico e emocional pelo que o seu controlo é fundamental. Para além da dor que, pode estar relacionada com a patologia de base e com as possíveis complicações que possam ocorrer, a pessoa em situação crítica, encontra-se sujeita a vários procedimentos que podem provocar dor, sendo alguns deles

realizados várias vezes ao longo do dia, tais como a mudança de decúbito e aspiração de secreções (Devlin *et al*, 2018).

O primeiro passo no controlo da dor é o seu diagnóstico e avaliação (Deldar, Froutan, Ebadi, 2018). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008) a pessoa é o melhor avaliador da sua dor e deve ser privilegiado o auto-relato na pessoa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas. É neste ponto que chegamos a um dos problemas *major* na pessoa em situação crítica, a comunicação.

As barreiras na comunicação nestes doentes podem estar relacionadas com a presença da ventilação mecânica; sedação ou por alterações cognitivas (Darwish, Hamdi & Fallatah, 2016). No entanto, a incapacidade de verbalizar a dor não pode ser condicionante na sua avaliação e controlo pelo que, torna-se fundamental a utilização de instrumentos de avaliação da dor adaptados a esta tipologia de doentes.

As reações comportamentais dos doentes em situação crítica podem ser usados como indicadores de avaliação da dor (Morales, Novoa, Wysocki, Ellen, 2018). Para Kotfis, Baranska, Zukowski, Ely (2017) o uso de escalas comportamentais de avaliação da dor melhora as intervenções terapêuticas nos doentes em situação crítica; introduz protocolos mais eficazes no controlo da dor, reduz o consumo de sedativos e reduz a necessidade de ventilação mecânica. A dor não controlada devido a uma avaliação inadequada e, consequentemente uma não intervenção, pode ter como resultados complicações durante o processo de recuperação, custos adicionais no tratamento e, pode evoluir e tornar-se crónica conduzindo a efeitos psicossocais tais como depressão, ansiedade, delírio e *stress* pós traumático (Freitas, Fernandes, Marques & Freitas, 2019).

Houve várias situações que me fizeram questionar e reforçar a necessidade de aumentar o conhecimento sobre esta temática. Uma delas, teve um papel fulcral. A Sr.<sup>a</sup> S. encontrava-se sob efeito de terapêutica bloqueadora muscular e também sob terapêutica sedativa. Estava a ser submetida à realização do procedimento de mudança da linha arterial. Quando se iniciou o momento da fixação dos pontos, a Sr.<sup>a</sup> S. apresentou um pico hipertensivo. Pensei que este poderia ter sido um indicador da presença de dor e, optei por realizar analgesia para que, este procedimento, fosse o menos doloroso possível. Após isto, a pressão arterial voltou aos valores fisiológicos apresentados previamente.

A monitorização da dor, em todos os doentes internados em unidades de cuidados intensivos, utilizando ferramentas de avaliação validadas e adaptadas à capacidade de comunicação do doente, é um requisito essencial da prática (Puntillo, Gélinas, Chanques, 2017). Como tal, as escalas comportamentais, são de extrema importância nos doentes

incapazes de comunicar. A *Behavioral Pain Scale* e a *Critical Care Pain Observation Tool* são as escalas que têm demonstrado maior robustez a nível das propriedades psicométricas (Puntillo, Gélinas, Chanques, 2017).

A escala utilizada na UCIP para avaliação da dor na pessoa em situação crítica é a BPS. Este é um instrumento que se encontra validado em Portugal e é utilizada como instrumento de avaliação da dor em doentes inconscientes sob ventilação mecânica (Kotfis, Baranska, Szydłowski, Zukowski, 2017). Avalia 3 parâmetros comportamentais e são eles a expressão facial; movimentos dos membros superiores e *compliance* ventilatória. A CPOT é um instrumento que se encontra em processo de validação em Portugal e tem como objetivo detetar a dor na pessoa em situação crítica (Kotfis, Baranska, Szydłowski, Zukowski, 2017). Avalia 4 parâmetros comportamentais e são eles a expressão facial, movimentos corporais, *compliance* ventilatória (doentes intubados) e vocalização (doentes extubados). Como podemos constatar, estando a Sr.<sup>a</sup> S. sob fármacos bloqueadores da função muscular, os seus movimentos corporais encontravam-se condicionados não sendo válido implementar como instrumento de avaliação da dor a escala BPS, utilizada na UCIP, nem a CPOT, uma vez que ambas, têm como parâmetro de avaliação os movimentos corporais. Questionei-me então se existiriam escalas comportamentais que poderiam ser utilizadas na avaliação da dor na pessoa em situação crítica sob terapêutica bloqueadora muscular.

Realizei uma pesquisa da literatura, no entanto, muitos dos estudos realizados têm como critérios de exclusão, doentes que se encontrem sob terapêutica bloqueadora neuromuscular. Como tal, a avaliação da dor em doentes incapazes de movimento neuromuscular espontânea, continua a representar um desafio (Bourbonnais, Tucker, Kischel, 2016).

Tendo referido acima a situação da Sr.<sup>a</sup> S. e tomando-a por base, tentei perceber se os sinais vitais poderiam ser indicadores de dor, uma vez que, foi a alteração da pressão arterial que me chamou a atenção como possível indicador da presença de dor.

Segundo Kotfis, Baranska, Zukowski, Ely (2017), a observação de parâmetros fisiológicos como a frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória, podem induzir em erro porque, embora estas alterações possam sugerir a presença de dor, podem ter por base inúmeros fatores pelo que é necessário usar uma ferramenta adequada para a identificação de presença de dor. Tal é corroborado por Freitas, Fernandes, Marques & Freitas (2019) que afirmam que, os fatores fisiológicos podem ser afetados por vários fenómenos tais como a ansiedade e sépsis. Mas podem ser úteis para perceber que, uma alteração nestes parâmetros pode ser representativo da presença de dor e desta forma,

ponderar a implementação de medidas farmacológicas ou não farmacológicas (Kotfis, Baranska, Zukowski, Ely, 2017) .

Temos de ter presente que, a avaliação da dor na pessoa em situação crítica, principalmente nos doentes incapazes de ter movimentos espontâneos, devido à utilização de terapêutica bloqueadora neuromuscular, é representativo de um grande desafio no controlo da dor. Mas, o que não pode acontecer, é não haver uma intervenção atempada na gestão da dor pelo que, qualquer indicador ou sinal de alerta deve ser motivadora de uma intervenção do enfermeiro garantindo assim o bem-estar do doente.

Toda esta situação fez-me perceber que, apesar da dor ter cada vez mais maior relevância e ser um dos sinais vitais, ainda há uma grande margem de evolução nesta temática, principalmente na pessoa em situação crítica. Apesar das alterações que a presença de dor pode causar ainda há esta lacuna na avaliação da dor nos doentes submetidos a bloqueio neuromuscular nos quais as escalas comportamentais não se encaixam.

Como tal, decidi realizar uma revisão integrativa sobre a temática “Indicadores de dor na pessoa em situação crítica com alterações na comunicação” que se encontra em fase de desenvolvimento e que irá também contribuir para alcançar o objetivo que defini desde o início deste percurso: **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica com alterações da comunicação, em contexto de unidade de cuidados intensivos.**

Ainda dentro do âmbito da gestão da dor e do bem-estar, realizei um documento sobre a administração de terapêutica por via subcutânea.

Ao longo deste estágio tive alguns momentos em que, o doente passava de uma situação que requeria ações intensivistas para uma situação de ações paliativas sendo muitas vezes, necessária a administração de terapêutica por via subcutânea.

A administração por via subcutânea é uma técnica utilizada, maioritariamente, nos cuidados paliativos mas, é uma realidade que cada vez mais se impõe nos internamentos hospitalares e, até mesmo, nas unidades de cuidados intensivos sendo cada vez mais necessário recorrer a vias de administração de terapêutica alternativas para fazer face às necessidades dos doentes. A administração por esta via é utilizada principalmente para a infusão de analgésicos e adjuvantes no controlo da dor e hidratação tanto em doentes internados como os que se encontram em ambulatório, por permitir o controlo de forma eficaz (Vasconcellos & Milão, 2019).

A via subcutânea tem vindo a ser utilizada como valioso recurso na administração de medicação em doentes em que, a via oral está comprometida por problemas na deglutição ou por impossibilidade de administração de medicação por via endovenosa por fragilidade das veias e perda de elasticidade, não havendo a possibilidade de punção de acesso venoso (Vasconcellos & Milão, 2019).

No entanto, a administração de fármacos por via subcutânea, ainda é representativa de dificuldades na sua utilização, principalmente, pela falta de documentação padronizada, que orientem a aplicação da mesma e, também, que criem uma linha homogénea em relação aos fármacos que podem ser administrados, diluições e compatibilidades. Tal pode ser motivos de insegurança relativamente ao seu uso por parte dos profissionais de saúde (Vasconcellos & Milão, 2019).

Tendo isto por base, num momento de partilha com a enfermeira tutora, decidi realizar um documento sobre esta temática uma vez que, era uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem da UCIP. No local onde exerço funções esta é uma realidade bastante presente e seria útil a minha partilha de conhecimento contribuindo para a melhoria das práticas. Optei por realizar um documento escrito onde abordei as vantagens e limitações da via subcutânea; realização da técnica, cuidados a ter na administração de terapêutica e compatibilidade entre fármacos (Apêndice VII). Após a sua conclusão foi aprovado pela enfermeira tutora referindo ter sido bastante adequado às necessidades do serviço e aguarda-se o avalo da Enfermeira Chefe para que o mesmo seja disponibilizado via IntraNet para todos os enfermeiros da UCIP. Este documento foi também aprovado pela Enfermeira Chefe do Serviço onde trabalho e encontra-se disponível para consulta de todos os profissionais de saúde.

De referir que, no processo de aquisição de conhecimentos relativos à pessoa em situação crítica, foi bastante útil a participação no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando Fonseca (Anexo II) onde foram abordadas várias temáticas bastante pertinentes tendo sido importante ouvir pessoas com grande conhecimento sobre as mesmas tendo contribuído no processo de desenvolvimento de competências.

Tal como referido pela Ordem dos Enfermeiros (2018; p.19363) “os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador e situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” e foi isto que este estágio me permitiu desenvolver e, desta forma,

alcançar os dois objetivos que delineei no início desta caminhada, sendo eles: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e família, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos e também contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica com alterações da comunicação, em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos.

### 3. CONCLUSÃO

A realização do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação crítica teve como objetivo a aquisição de novos conhecimentos. Esta é uma área que sempre me despertou bastante interesse. Foi com base neste meu querer saber mais que este caminho se iniciou.

Neste relatório estão presentes algumas situações que vivenciei ao longo de todo este processo e as respectivas reflexões sobre as mesmas permitindo, analisar a minha prática na ação tendo por base a evidência científica já existente para seu complemento. Tal teve um grande contributo para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista mas também no meu desenvolvimento pessoal.

Todo este percurso foi grandemente enriquecido pela partilha entre pares especialmente, com os orientadores clínicos. Outro fator bastante importante foram os locais onde a mesma se desenvolveu. Apesar de ter como foco comum, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e à sua família, estes foram bastantes diferentes tendo, no final, complementado-se na perfeição. O SU era marcado pela ocorrência de situações inesperadas com as quais tinha de lidar e também por uma grande agitação devido à elevada afluência de doentes, exigindo uma intervenção rápida deixando pouco tempo para analisar e refletir sobre a minha ação. Na UCIP foi também necessário, o desenvolvimento da capacidade de pensamento rápido, capacidade de observação pormenorizada e de antecipação de necessidades conduzindo assim, à intervenção mais adequada proporcionando o bem-estar do doente. No entanto, o ambiente vivenciado era mais calmo. Talvez, tal se deva ao facto desta ter um número definido de doentes o que faz com que a afluência não seja a mesma da que existia no serviço de urgência fazendo transparecer este ambiente mais calmo.

A experiência em ambos os contextos foi bastante enriquecedora em grande parte, pelas diferenças e particularidades de cada local favorecendo assim, a minha capacidade de adaptação e o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista na vertente da pessoa em situação crítica.

No início, a adaptação a ambas as realidades foi complexa devido ao meu desconhecimento sobre as mesmas uma vez que, são bastante diferentes da realidade onde exerço funções. No entanto, esta adaptação foi ocorrendo, de forma gradual, tendo cada vez

mais um maior envolvimento nas situações e, desenvolvido a capacidade de observação e de intervenção para fazer face às necessidades que me surgiram.

A consolidação da capacidade de estabelecimento na relação e prestação de cuidados à família foi também bastante importante. Tanto na unidade de cuidados intensivos como no serviço de urgência, a prestação de cuidados não podia só passar pela pessoa em situação crítica. A sua família passa também por um processo de transição inesperada. Não podemos ver a pessoa como uma unidade isolada, mas como alguém que se encontra inserido num contexto havendo também a necessidade de dar atenção aos seus pares que, terão influencia e serão influenciados por esta transição. Precisam também eles de cuidados para conseguirem restabelecer a estabilidade prévia e adaptar-se à mudança.

O enfermeiro especialista, é alguém que, tendo por base a sua conduta, prática e conhecimento tem como dever ser uma referência na sua prestação de cuidados à díade pessoa em situação crítica e família. Para tal deve ter uma prática baseada na evidência. Tendo isto como objetivo, ao longo de todo este percurso a minha tomada de decisão foi baseada num questionamento e reflexão constante sobre a minha ação tendo-me feito ir em busca de conhecimento científico que ajudasse a fundamentar a mesma. Este percurso serviu para reforçar a importância da teoria aliada à prática tendo reforçado a ideia de que a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria (Benner, 2001).

Esta experiência foi também enriquecedora para o reforço da importância da temática da dor que, apesar de definida como 5º sinal vital, há ainda um longo caminho a percorrer no que concerne à pessoa em situação crítica. Tal, representava uma necessidade para mim mas, também, para os locais por onde passei. Decidi então trabalhá-la ao longo dos estágios através da realização de pesquisa da literatura e a comunicação desses resultados, tendo como objetivo, o desenvolvimento das minhas competências nesta temática para uma melhoria nos meus cuidados e também nos dos meus pares e impacto na satisfação do doente e no seu bem-estar.

Concluindo, esta jornada teve um grande contributo para mim tanto a nível profissional como a nível pessoal. O questionamento e reflexão que tive sobre a minha ação que, apesar de já existente, tornou-se mais aprofundada, tendo tido reflexo na minha prática, sendo também reconhecido pelos meus pares.

Ficou mais reforçada a convicção que, já antes tinha, de que tem de haver uma aliança entre a teoria e a prática para fundamentar a tomada de decisão perante situações reais, sendo

desta forma que se adquire determinado nível de competência. Esta experiência foi prova disso. Houve um momento bastante importante na aquisição de competências científicas que se iniciou nas aulas e que se prolongou ao longo do estágio e, foi complementada pela aquisição de competências técnicas que foram possíveis através de situações reais vivenciadas e sobre as quais ocorreu uma reflexão.

Estou também consciente que esta jornada foi apenas o início no meu desenvolvimento como enfermeira especialista. Saio dela com um olhar sobre os cuidados de enfermagem diferente, mas continuo a manter o meu objetivo inicial deste percurso, e que será sempre o meu objetivo enquanto enfermeira e que é melhorar a minha prestação de cuidados sendo estes cuidados de excelência promovendo a qualidade de vida da pessoa.



#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association of Critical-Care Nurses. (2014). Assessing Pain in the Critically ill Adult. *Critical Care Nurse*, 34 (1). 81–3.
- Arbour C., Gélinas C., Michaud C. (2011). Impact of the Implementation of the Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) On Pain Management and Clinical Outcomes in Mechanically Ventilated Trauma Intensive Care Unit Patients: A Pilot Study. *Journal Trauma Nurse*, 18 (1). 52–60.
- Bambi, S., Galazzi, A., Pagnucci, N., & Giusti, G. (2019). Pain assessment in adult intensive care patients. *Scenario*, 36 (2), 1-12.
- Benner, P. (2001). O Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem. In P. Benner. *De Iniciado a Perito*. 43-63. Coimbra, Quarteto Editora.
- Bourbonnais, F.; Tucker, S.; Kischel, D. (2016). Intensive care nurse's assessment of pain in patients who are mechanically ventilated: How a pilot study helped to influence practice. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 27 (3). 24-29.
- Buckman, R.; (1998). Communication in palliative care: a practical guide. In Doyle, D. et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford. Oxford University Press.
- Cabete, D., Fonte, C., Matos, M., Patrícia, H., Silva, A., & Silva, V. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (20). 129-138.
- Chookalayi, H., Heidarzadeh, M., Hasanpour, M., Jabrailzadeh, S., & Sadeghpour, F. (2017). A Study on the Psychometric Properties of Revised-nonverbal Pain Scale and Original- nonverbal Pain Scale in Iranian Nonverbal-ventilated Patients. *Indian Journal Critical Care Medicine*, 21 (7). 429-435.
- Cruz, J., & Martins, M. (2019). Pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (20). 87-96.
- Dantas, U., Silva, R., Cavalcanti, A., Oliveira, C., & Nóbrega, F. (2015). O trabalho dos enfermeiros no setor de urgência: limites e perspectivas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9 (3). 7556-7561.

- Dalmedico, M.; Salas, D.; Oliveira, A.; Baran, F.; Meardi, J.; Santos, M. (2017). Efetividade da posição prona na síndrome do desconforto respiratório agudo: overview de revisões sistemáticas. *Revista Escola Enfermagem USP*, 5 (1).1-8.
- Darwish, Z., Hamdi, R., & Fallatah, S. (2016). Evaluation of Pain Assessment Tools in Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Advanced Critical Care*, 27 (2). 162-172.
- Deldar, K.; Froutan, R.; Ebadi, A. (2018). Challenges faced by nurses in using pain assessment scale in patients unable to communicate: a qualitative study. *BMC Nursing*, 17 (11). 1-8.
- Devlin, J.; Skrobik, Y.; Gélinas, C.; Needham, D.; Slooter, A.; Pandharipande, P.; ...; Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46 (9). 825-873.
- Direção Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular normativa nº09/2003 (14-06-2003). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Circular Normativa nº 12/DQS7DSD (14-06-2010). Lisboa
- Direção Geral da Saúde (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. Circular normativa nº 07/2010 (31-03-2010). Lisboa
- Direção Geral da Saúde (2014). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Norma nº 018/2014 (09/12/2014). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Norma nº 021/2015 (16-12-2015). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2015). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Norma nº 022/2015 (16-12-2015). Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos antimicrobianos*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transmissão de cuidados de saúde*. Norma 001/2017. (08-02-2017). Lisboa.

- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., & Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista clínica Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 2 (2). 17-20.
- Fontes, C.; Menezes, D.; Borgato, M.; Luiz, M. (2017). Comunicação de más notícias: revisão integrativa de literatura na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(5). 1148-1154.
- Freitas, A.; Fernandes, M.; Marques, R.; Freitas, J. (2019). Applicability of scales/ indicators for pain monitoring in critically ill patient's incapable of verbalizing: a systematic review of the literature. *Revista de la Sociedad Española Del Dolor*, 26 (5). 293-303,
- Joanna Briggs Institute Reviewers Manual (2014). Australia. Disponível em <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>.
- The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Edition. Austrália: Universidade de Adelaide.
- The Joanna Briggs Institute – Checklist for Diagnostic Test Accuracy Studies (2017). Disponível em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
- Jahani, S.; Soleymani, Z.; Asadzaker, M.; Soltani, F.; Cheraghian, B. (2018). Determination of the effects of prone position on oxygenation in patients with acute respiratory failure under mechanical ventilation in ICU. *Journal of Medicine and Life*, 11 (4). 274-280.
- Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, T. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes.
- Koftis, K.; Baranska, M.; Szydlowski, L.; Zukowski, M.; Ely, W. (2017). Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients- Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 49. 66-72.
- Meleis, A. (2010). *Transition Theory Middle-Range and Situation- Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Ministério da Saúde (2013). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa. Ministério da Saúde.
- Morales, S., Novoa, C., Wysocki, A., & Eller, L. (2018). Pain Assessment in Sedated Patients in the Postanesthesia Care Unit. *Clinical Journal Pain*, 34 (8), 700-706.
- Oliveira, V.; Weschenfelder, M.; Deponti, G.; Condessa, R.; Loss, S.; Bairros, P.; Hochegger, T.; ....; Vieira, S. (2016). Good practices for prone positioning at the bedside: Construction of a care protocol. *Revista Associação Médica Brasileira*, 62 (3). 287-293.

- Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática. Princípios da avaliação e controlo da dor. 2008. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.
- Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). Transporte de Doentes Críticos Recomendações. Lisboa. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Peixoto, N.; Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (11). 121-132.
- Puntillo, K.; Gélinas, C.; Chanques, G. (2017). Next steps in ICU pain research. *Intensive Care Medicine*, 43 (1). 1386-1388.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I.G. (2010). Comunicação. In A. Barbosa & I.G. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2, 461-486. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rafiei, M., Ghadami, A., Irajpour, A., & Feizi, A. (2016). Validation of critical care pain observation tool in patients hospitalized in surgical wards. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21 (5), 464-469.
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. Ordem Dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (Nº140 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (Nº 429 de 16-07-2018), 19359-19370.
- Rodríguez,L.; Velandia, M.; Leiva, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7 (2). 1297-1390.
- Santos, R.; Carmo, M.; Silva, E. Santos,N.; Galloti, F. (2017). Estratégias de Enfermagem na Comunicação de Más Notícias. In *International Nursing Congress*. Universidade Tiradentes.
- Shan, K., Cao, W., Yuan, Y., Hao, J., Sun, X.-M., He, X., Zhou, J.-X. (2018). Use of the critical care pain observation tool and the bispectral index for the detection of pain in brain-injured patients undergoing mechanical ventilation. *Medicine*, 97 (22). 1-8.

- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). *Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa.
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (2012). *Plano de Emergência Interna-Serviço de Medicina Intensiva*. Hospital Periferia de Lisboa.
- Vasconcellos, C.; Milão, D. (2019). Hipodermoclise: alternativa para infusão de medicamentos em pacientes idosos e pacientes em cuidados paliativos. *Pan American Journal of Aging Research*, 7. 1-10.



# **ANEXOS**

ANEXO I – Certificado de participação nas 12ª Jornadas De Atualização em Doenças Infecciosas do Hospital de Curry Cabral

**12<sup>as</sup>** Jornadas de Atualização  
em Doenças Infecciosas  
do Hospital de Curry Cabral - CHULC  
Lisboa, 23 e 24 de janeiro de 2020



**CERTIFICADO**

Certifica-se que Rita Joana Veloso Alves  
esteve presente nas 12<sup>as</sup> Jornadas de Atualização em Doenças Infecciosas do Hospital de Curry Cabral - CHULC,  
nos dias 23 e 24 de janeiro de 2020, na Culturgest, em Lisboa.

Fernando Maltez

Presidente do Conselho Científico

ANEXO II – Certificado de participação no 2º Congresso Do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

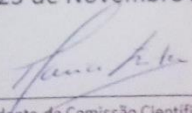
21, 22 e 23 Novembro 2019

# 2º Congresso

**SMI** Hospital Prof. Doutor  
Fernando Fonseca

## CERTIFICADO

Certifica-se que Rita Joana Veloso Alves,  
participou, no 2º Congresso do Serviço de Medicina Intensiva, do Hospital  
Professor Doutor Fernando Fonseca. Realizado no dia 23 de Novembro de  
2019.

  
P'Presidente da Comissão Científica



# APÊNDICES

Apêndice I- Documento de Divulgação da Sessão de Formação: Avaliação Da Dor Da Pessoa Idosa Com Alterações Na Comunicação

# **FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

## **AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA IDOSA COM ALTERAÇÕES DA COMUNICAÇÃO**

**1ª Sessão:**

**DATA: 08/07/2019 – 15h20**

**FORMADORES:** Enfermeira Rita Alves – Aluna da Especialidade Médico-cirúrgica sob orientação do Enfermeiro

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros do SUG

**LOCAL:** Sala de reuniões SUG

**2ª Sessão:**

**DATA: 08/07/2019 – 16h30**

**FORMADORES:** Enfermeira Rita Alves – Aluna da Especialidade Médico-cirúrgica sob orientação do Enfermeiro

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros do SUG

**LOCAL:** Sala de reuniões SUG

***“O sucesso na Arte de Cuidar é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia”***

**Contamos com a sua presença!**

Apêndice II – Plano da Sessão de Formação: Avaliação Da Dor Da Pessoa Idosa Com Alterações Na Comunicação

## **Temática Da Formação: Avaliação Da Dor Na Pessoa Idosa Com Alterações Da Comunicação**

**Público-Alvo:** Enfermeiros Do Serviço De Urgência.

**Formador:** Enf.<sup>a</sup> Rita Alves, Estudante de Mestrado De Enfermagem Médico-Cirúrgica sob orientação de Enf.e Prof.<sup>a</sup> Doutora Rita Marques, Universidade Católica Portuguesa.

**Data:** 8 de julho de 2019. 2 Sessões (15:20h e às 16:30h)

### **Objetivo Geral:**

- Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem através da gestão da dor e do bem-estar da pessoa idosa em situação crítica, com alterações da comunicação, através da sua correta avaliação.

### **Objetivos específicos:**

- Reforçar a importância de uma correta avaliação da dor;
- Explicitar quais as alterações fisiológicas do envelhecimento desencadeadoras de alterações a nível da avaliação da dor;
- Dar a conhecer instrumentos de avaliação da dor da pessoa idosa com alterações na comunicação.

### **Conteúdos:**

- Breve introdução sobre a pertinência da dor na pessoa idosa. breve contextualização da temática da dor;
- Breve abordagem sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no envelhecimento que podem ser desencadeadoras de modificações a nível da capacidade de avaliação da dor;
- Patologias desencadeadoras de alterações da comunicação;
- Instrumentos de avaliação da dor na pessoa idosa com alterações da comunicação.

**Estratégias:** Irá realizar-se uma breve exposição de cerca de 15 minutos. Será também realizado um documento informativo para que a informação que se transmitiu na apresentação seja perpetuada no tempo, sob a forma escrita para os profissionais que não puderem ir a apresentação tenham oportunidade de consultar a informação e de que, quem foi possa recordar a informação transmitida.

**Materiais necessários:** Computador; projetor; sala para formação.

**Avaliação:** A avaliação da sessão será realizada através de uma ficha de avaliação da sessão e do formando a disponibilizar no final da sessão.

Apêndice III – Apresentação da Sessão de Formação: Avaliação Da Dor Da Pessoa Idosa  
Com Alterações Na Comunicação

## Avaliação Da Dor Na Pessoa Idosa Com Alterações Da Comunicação

08 julho de 2019

Enf<sup>a</sup> Rita Alves  
Sob Orientação: Prof.<sup>a</sup> Doutora Rita Marques

### Índice

- Objetivo Da Formação;
- Enquadramento;
- Dor- Contextualização/Epidemiologia;
- Alterações Fisiológicas No Processo de Envelhecimento;
- Comunicação Na Pessoa Idosa;
- Estratégias Avaliação Da Dor Na Pessoa Idosa Com Alterações Da Comunicação/Cognitivas;
- Conclusão;
- Contributos;
- Referências Bibliográficas.

## Objetivo Da Formação

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem através da gestão da dor e do bem-estar da pessoa idosa em situação crítica, com alterações da comunicação, promovendo a sua correta avaliação.



## Introdução

### Dor -Porquê?

Constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população.

(DGS,2010)

Avanços tecnológicos e da medicina conduziram ao prolongamento da vida e ao envelhecimento da população.

(DGS, 2004)

Controlo da dor: Prioridade na prestação de cuidados de saúde e indispensável para humanização dos cuidados de saúde.

(DGS,2004)

## Dor -Contextualização

### Crescimento Da População Idosa

Em 2030, 22% da população mundial terá mais de 65 anos de idade;

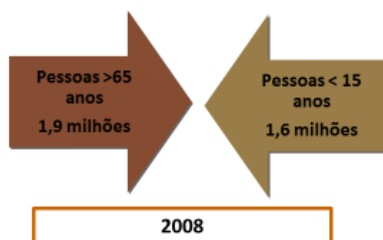
70% desses idosos vão experienciar dor persistente;

Estudos indicam que 50-85% de idosos residentes em lar têm dor persistente.

Fonte: American Geriatric Society (2008) e Pao et al (2003)

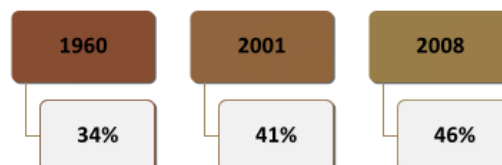
## Dor- Contextualização

### Evolução Da População Idosa em Portugal



Fonte: Castro et al, 2010

### Evolução de pessoas idosas em Portugal com idade >75 anos



## Dor- Contextualização



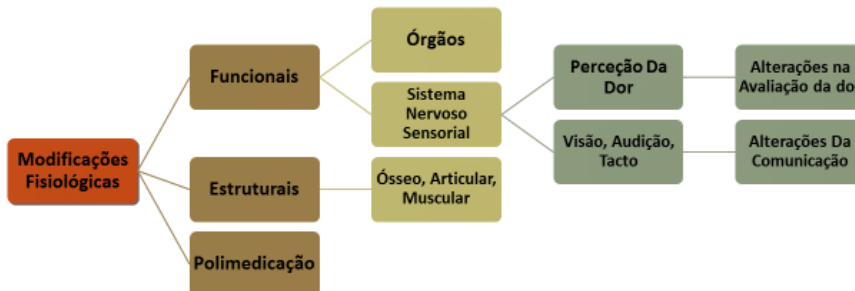
Fonte: DGS, 2008

Dor: "Experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão."

(International Association for the Study of Pain (1984) citado por DGS (2008, p.6)

## Alterações Fisiológicas No Processo De Envelhecimento

Envelhecimento: Fenómeno normal e universal



Fonte: Berger,1995

# Alterações Fisiológicas No Processo De Envelhecimento

A população idosa é mais sensível a dor- Porquê?



# Comunicação Na Pessoa Idosa

Comunicação: "Processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia. Esse intercâmbio de informação dinâmico e multidirecional faz-se através dos diferentes canais sensorio-percetuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra."

(Querido, Salazar e Neto, 2010, p. 462)



"Os danos cognitivos são uma das causas de subavaliação da dor, principalmente nas pessoas idosas."

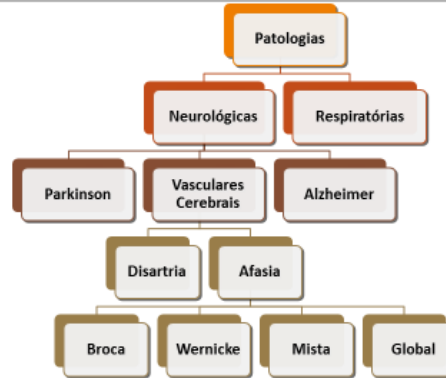
(Ritto et al, 2017,p.103)

"A diminuição das capacidades sensorio-percetuais causada pelo envelhecimento afeta a necessidade de comunicar de cada indivíduo."

Mailloux-Poirier (1995,p. 477)

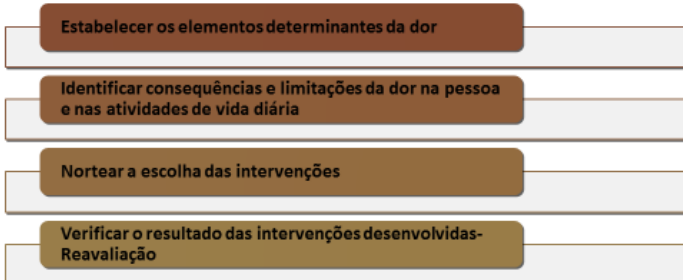
# Comunicação Na Pessoa Idosa

## Patologias que provocam alterações na comunicação da pessoa idosa



Fonte: Malloux- Poirier, (1995)

# Avaliação Da Dor



Fonte: Ritto et al (2017)

Na avaliação da dor deve-se sempre privilegiar o recurso a escalas de auto-avaliação com a salvaguarda de não ser detetado nenhuma alteração/ dificuldade na comunicação.

Ordem dos Enfermeiros (2008)

# Estratégia Para Avaliação Da Dor Na Pessoa Com Alterações Da Comunicação/ Cognitivas

- Utilizar como primeira ferramenta as escalas numéricas;
- No caso de moderada a grave alteração cognitiva:
  - Escala Verbal Descritiva ( Leve, moderada, grave);
  - Termómetro De Dor (diagrama de um termómetro que associa adjetivos a diferentes intensidade de dor);
  - Escala de Faces (expressões faciais descritivas da intensidade da dor)

Fonte: DGS ,2003



O doente é quem melhor avalia a sua dor!

# Estratégia Para Avaliação Da Dor Na Pessoa Com Alterações Da Comunicação/Cognitivas

Pessoas Idosas Com Dor e Com Alterações Da Comunicação/ Cognitivas

Melhor forma de avaliar: Comportamentos como indicadores de dor

Expressões Vocais; Expressão Facial; Expressão Corporal e Modificações Comportamentais

Escalas De Avaliação Da Dor Comportamentais: Doloplus; Escala De Avaliação Da Dor Na Demência Avançada

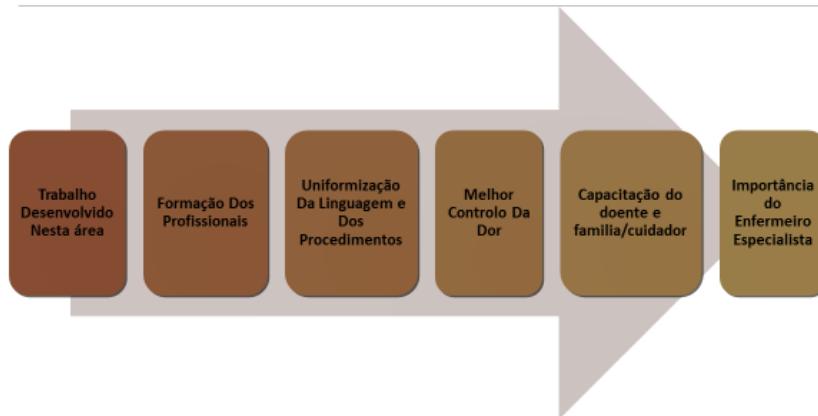
Fonte: DGS, 2010



## Questões



## Contributos



## Conclusão

- Dor é um fenómeno subjetivo;
- Essencial uma correta avaliação por parte dos profissionais de saúde;
- A auto-avaliação é sempre forma de avaliação a priorizar;
- As alterações da comunicação que ocorrem na pessoa idosa têm grande impacto na avaliação da dor ;
- Comunicação não verbal é de extrema importância;
- Escalas comportamentais são o instrumento a privilegiar na avaliação da dor na pessoa idosa com alterações da comunicação;
- Apesar de complicado a avaliação da dor na pessoa idosa com alterações da comunicação é essencial porque este é um direito do doente e um dever do profissional de saúde

## Referências Bibliográficas

- Batalha, L.; Duarte, C.; Roário, R.; Costa, M.; Pereira, V.; Morgado, T (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista de Enfermagem Referência*.8; 7-16.
- Berger,L (1995). O Consumo de Medicamentos pelos Idosos. In L. Berger; Mailloux-Poirie, D. *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global* (439-464). Lusodidata.Lisboa.
- Berger,L; (1995).Aspetos Biológicos do Envelhecimento. In L. Berger; Mailloux-Poirie, D. *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global* (123-155). Lusodidata.Lisboa.
- Circular Normativa Nº 13/DGCG, 02 Julho (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Direção Geral da Saúde* (2004).
- Circular Normativa Nº 09/DGCG, 14 Junho (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Direção Geral da Saúde* (2003).
- Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD, 16 junho (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Direção Geral da Saúde* (2008).
- Mailloux-Poirier, D; (1995). Comunicar. In L.Berger; Mailloux-Poirie, D. *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global* (475-502). Lusodidata.Lisboa.
- Moura, C; Chaves,E; Souza, V.; Lunes, D.; Ribeiro, C.; Paraito, C.; Fava, S; Dázio, E.; (2017). Impactos da dor crónica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. 35(1): 53-62.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Guia Orientador de Boa Prática. Princípios da avaliação e controlo da dor. 2008. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernaso-dor.pdf> (acedido em maio 2019)

## Referências Bibliográficas

- Orientação nº 015/2010, 14 dezembro (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. *Direção Geral da Saúde* (2010).
- Querido, A; Salazar, H; Neto, I; (2010). Comunicação. In A, Barbosa; I.G.Neto. *Manual de Cuidados Paliativos* (461-485). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidades dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 123. Série II
- Ritto, C.; Rocha, F. (2017). Avaliação da Dor. In Ritto, C.; Dinis, F.; Costa, I.; Diniz, L.; Raposo, M.; Pina, P.; Milhomens, R.; Faustino, S. Fundação Grunenthal, Manual de Dor Crónica (101-124). Lisboa.
- ESCALA DOLOPLUS .AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA Disponível [https://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus\\_versao\\_portuguesa.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus_versao_portuguesa.pdf) (acedido em junho 2019)

Apêndice IV– Questionário de Avaliação da Sessão de Formação: Avaliação Da Dor Da Pessoa Idosa Com Alterações Na Comunicação

## Avaliação Da Satisfação Da Ação de Formação “Avaliação Da Dor Na Pessoa Idosa Com Alterações Da Comunicação”

Este questionário tem como objetivo conhecer a avaliação sobre a ação de formação que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflete a sua opinião. As suas respostas são anónimas.

<b>Conteúdo Programático</b>	<b>Mau</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
Interesse dos conteúdos apresentados					
Ajuste dos temas aos objetivos definidos					
Duração da ação de formação					

<b>Organização da Ação</b>	<b>Mau</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
Equipamentos didáticos					
Documentação de apoio					
Cumprimento de horários					

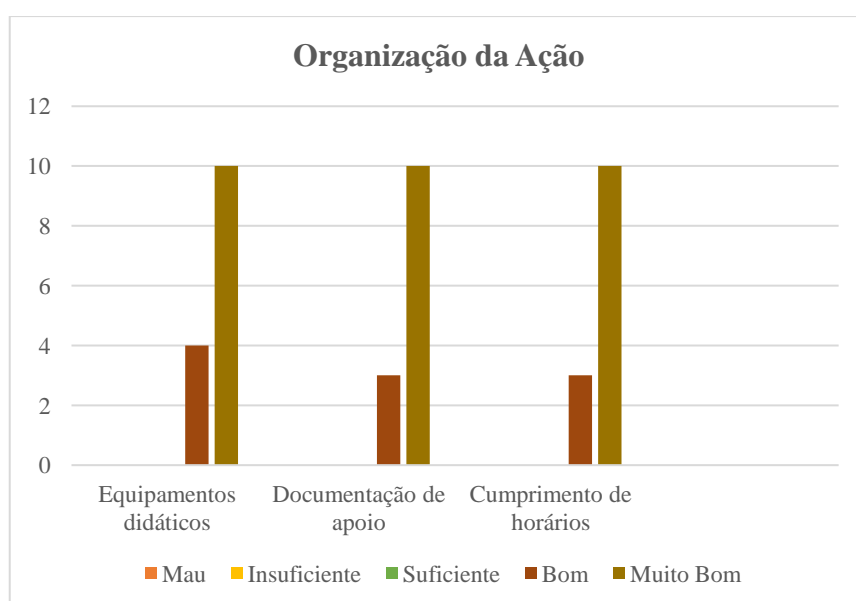
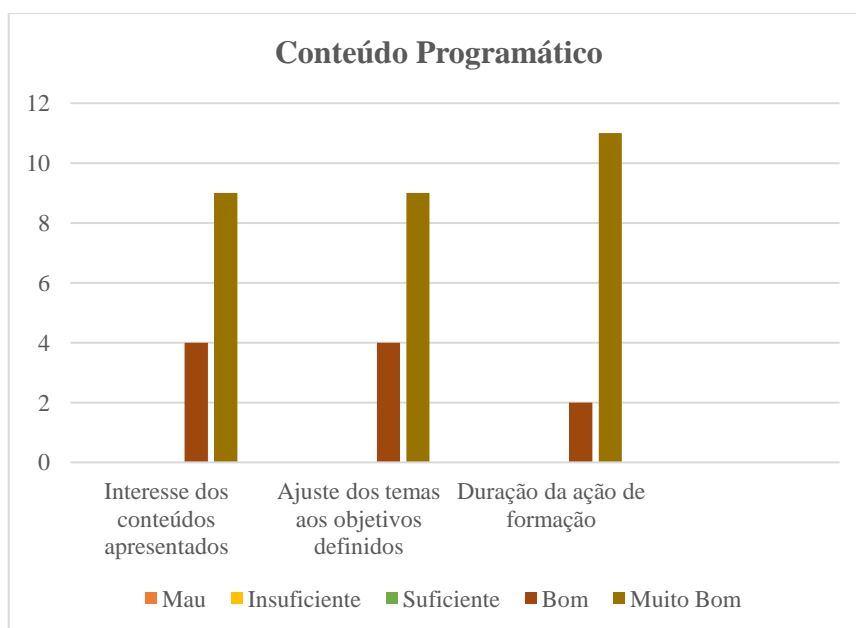
<b>Formador</b>	<b>Mau</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
Clareza da exposição					
Dominio dos temas					
Gestão do tempo					

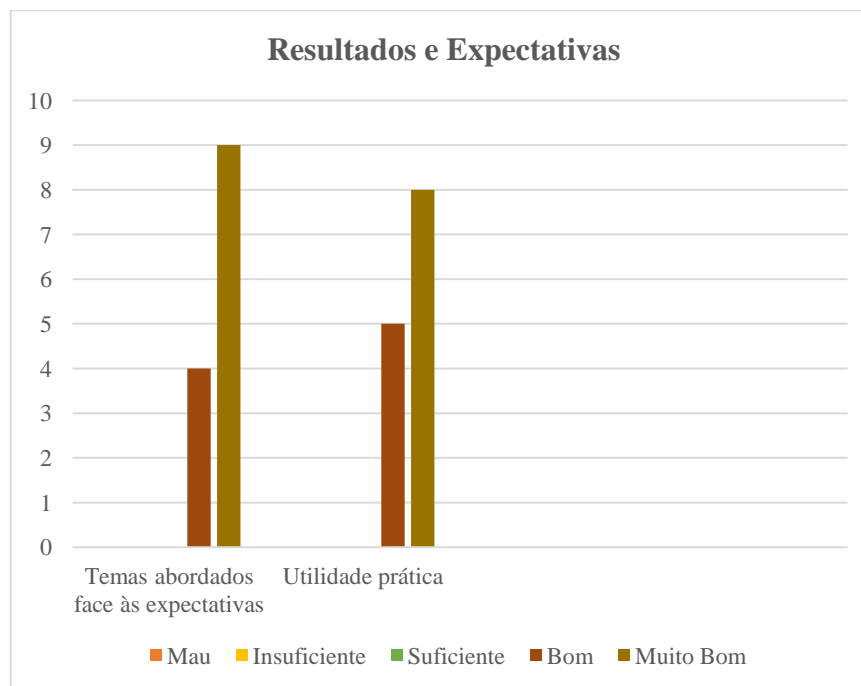
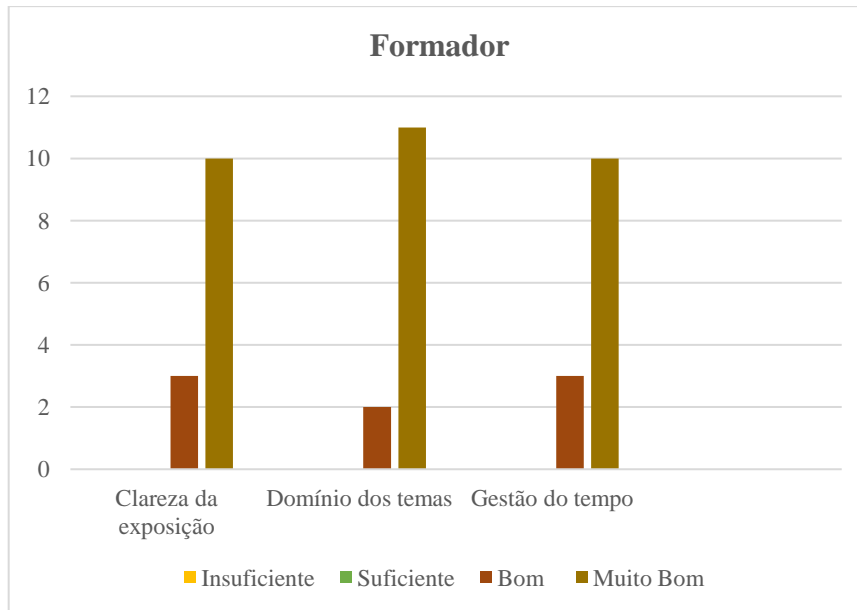
<b>Resultados e expectativas</b>	<b>Mau</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
Temas abordados face às expectativas					
Utilidade prática da formação					

**Obrigada pela sua colaboração!**

Apêndice V– Avaliação da Sessão de Formação: Avaliação Da Dor Da Pessoa Idosa Com Alterações Na Comunicação

As 2 sessões de formação realizadas foram frequentadas por 13 elementos. Todos responderam ao questionário de avaliação sendo este composto por itens de resposta fechada. As opções de escolha diferem entre “mau”; “insuficiente”; “suficiente”; “bom” e “muito bom”. Em relação aos itens a avaliar foram relacionados com o conteúdo programático; organização da ação; formador e resultados e expectativas. Os resultados obtidos são apresentados sob a forma de gráfico de barras.





Apêndice VI– Documento sobre Avaliação Da Dor Da Pessoa Idosa Com Alterações Na Comunicação



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

---

LISBOA-PORTO

**Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**AVALIAÇÃO DA DOR NA PESSOA IDOSA COM  
ALTERAÇÕES NA COMUNICAÇÃO**

**UNIDADE CURRICULAR - A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E FAMÍLIA –  
VIGILÂNCIA E DECISÃO CLÍNICA**

Estudante: Rita Alves, N° 192018077

Orientador Clínico Enf.º XXXXXXXXXX

Lisboa

junho, 2019

## INTRODUÇÃO

Ao longo do caminho percorrido neste estágio, referente à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, percebi que a avaliação da dor na pessoa idosa com alterações na comunicação, representa uma dificuldade na prática mas, é fundamental para a qualidade dos cuidados.

Tal como referido pela Direção Geral da Saúde (DGS) (2008; p.1), “a importância da dor radica no facto desta constituir o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população. Igualmente, a dor é inúmeras vezes um dos sintomas mais relevantes para o estabelecimento de um diagnóstico médico correto.” Aliado à importância da dor está também o facto de, “o prolongamento da vida, associado a uma baixa importância da fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento da população” (DGS, 2004; p.5). O desenvolvimento das ciências em saúde tiveram um contributo decisivo para que existisse um aumento da esperança média de vida (DGS, 2004).

Tudo isto faz com que, a população idosa seja uma das faixas etárias com maior prevalência em Portugal e também, a que mais recorre aos serviços de saúde. Por este motivo, torna-se pertinente conhecer quais as alterações fisiológicas que deixam as pessoas idosas mais suscetíveis à dor e também, quais as alterações que ocorrem a nível da comunicação provocando dificuldades na avaliação da dor neste grupo etário.

O controlo da dor, neste grupo etário, deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2004).

A importância da dor no percurso do enfermeiro especialista está também bem patente, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015; p.17240) em que é preconizado que o enfermeiro especialista realize “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos – medidas farmacológicas e não farmacológicas- para alívio da dor”.

### 1. Dor- contextualização

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) (1984) citada pela DGS (2008; p.6) como sendo “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e

que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015; p.54) é o “aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.” Já para a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor “a dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial; a dor é um fenómeno subjetivo; cada pessoa sente a dor à sua maneira; não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objetivamente a dor; não existe relação direta entre a causa e a dor; a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que este está inserido nesse momento; por vezes existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem.”

Tal como visto nas definições apresentadas, a dor é descrita frequentemente como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável normalmente associada a uma lesão. Cecily Saunders refere que a componente física da dor pode-se alterar sob a influência de vários fatores tais como fatores emocionais, sociais e espirituais dando assim uma visão multidimensional da dor, introduzindo o conceito de dor total e afirma também que, esta deriva de uma lesão orgânica mas irá desencadear outros tipos de dor, nomeadamente social, espiritual, emocional na pessoa (Encarnação, Oliveira & Martins, 2015). Neste conceito de dor total, Saunders refere que, “toda a forma de dor tem origem fisiológica e, com toda a certeza, aliviando-se a dor, com toda a certeza se irá aliviar o sofrimento” (Encarnação, Oliveira & Martins, 2015; p.24). Percebe-se também aqui a importância da correta avaliação da dor para um alívio da mesma.

Tal como referido pela DGS (2008; p.5) “a dor provoca sofrimento e redução da qualidade de vida que provoca alterações fisiológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso, que vão contribuir para o aparecimento de co-morbilidades orgânicas e psicológicas que podem conduzir à perspetiva do fenómeno doloroso.” Atualmente, a presença da dor tem um grande impacto na sociedade sendo, um dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde por parte da população (DGS, 2008). Para Ritto *et al* (2017), o tratamento inadequado da dor acarreta custos elevados a nível económico para a sociedade.

A dor é um sintoma que está presente em qualquer situação que necessite de cuidados de saúde. Para além disso, o controlo eficaz da dor é um passo fundamental para a humanização dos cuidados de saúde e representa um dever dos profissionais de saúde e um direito dos doentes (DGS, 2003).

No Programa Nacional do Controlo da Dor da DGS (2008) a dor como 5º sinal vital é vista como um dos princípios orientadores deste programa uma vez que é um sinal de alarme e que pode colocar em causa a integridade do indivíduo sendo extremamente importante para o diagnóstico e monitorização de várias situações patológicas. Como tal, é de elevada importância a avaliação e o registo regular da intensidade da dor, à semelhança dos restantes sinais vitais. Para a DGS (2008; p.5) “a dor é inúmeras vezes um dos sintomas mais relevantes para o estabelecimento de um diagnóstico médico correto” como tal, uma correta avaliação da dor é fundamental.

Segundo Ritto *et al* (2017) sem uma correta avaliação e sem o inevitável registo que lhe confira visibilidade não se pode falar em valorizar a dor. A sua avaliação tem como objetivos: “estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o síndrome doloroso; identificar as consequências e limitações do quadro algico na pessoa, essencialmente nas suas atividades de vida diária; nortear a escolha das intervenções analgésicas, com base nas características da dor identificadas e verificar o resultado das intervenções desenvolvidas para melhorar o quadro algico, através de reavaliações subsequentes” (Ritto *et al*, 2017; p.101).

Todos os objetivos referidos são elementos chave para uma correta valorização e reconhecimento da dor. Para tal, é importante inculcar aos enfermeiros, uma vez que são eles os profissionais de saúde que mais tempo passam com o doente, a importância da dor e, desta forma, contribuir para o alívio da dor no doente, através de uma avaliação correta e do registo sistemático da mesma.

Para Ritto *et al* (2017) há algumas barreiras na avaliação da dor tais como a deficiente formação pré e pós graduada de médicos, enfermeiros e psicólogos para a sua abordagem correta; deficiente informação e educação dos doentes e comunidade sobre a avaliação e tratamento da dor; subjetividade inerente à dor; não acreditar na informação do doente ou subavaliar a dor; insuficiente atenção à observação do doente, essencialmente à comunicação não verbal; não investigar a natureza da dor, a interferência da dor na função, disposição e qualidade de vida, a presença de fatores que possam ser inerentes à dor como a ansiedade, medo, stress espiritual e psicossocial; não investigar o que a dor significa para o doente, a deficiente avaliação contínua e regular da dor e o esquecimento das populações especiais,

nomeadamente dos doentes com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal. É neste grupo de doentes, mais especificamente na pessoa idosa com alterações da comunicação que este trabalho tem o seu enfoque.

## **2. Alterações fisiológicas no processo de envelhecimento**

Para a Organização Mundial Da Saúde (OMS), o envelhecimento está associado a uma grande variedade de danos a nível moleculares e celulares que, “(...) levam a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas” (OMS, 2015; p.12).

É importante referir que, o envelhecimento é um fenómeno normal e universal mas não é um processo linear pelo que ninguém envelhece da mesma maneira ou ao mesmo ritmo. No entanto, há modificações fisiológicas que este desencadeia pelas quais grande parte da população idosa passa e que têm efeitos cumulativos e ocorrem de maneira progressiva e são irreversíveis (Berger, 1995). O envelhecimento não é uma doença mas pode levar a uma quantidade de alterações e, caracteriza-se pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas.

As alterações anatómicas e fisiológicas ligadas à velhice iniciam-se muito antes da visualização externa dos mesmos. As modificações fisiológicas que ocorrem no envelhecimento podem ser divididas em alterações estruturais e alterações funcionais.

As alterações estruturais ocorrem sobretudo a nível metabólico e celular e na repartição dos componentes corporais.

Uma das alterações mais significativas que ocorrem nas pessoas idosas prendem-se com alterações a nível do sistema locomotor. Segundo Berger (1995), estas são as que aparecem mais rapidamente. O atrofio muscular leva a uma deterioração do tónus muscular e a uma perda de potência, força e agilidade. Ocorrem também mudanças como a calcificação a nível dos ligamentos e as articulações tornam-se mais pequenas. A nível ósseo o processo de reabsorção do cálcio sofre um desequilíbrio e o tecido ósseo torna-se mais poroso e mais frágil por um desmineralização constante da massa e da densidade óssea.

Relativamente às alterações funcionais, a redução das células e a perda das reservas fisiológicas atinge todos os órgãos e, tem como consequência, a deterioração das funções.

Segue um breve resumo de quais as alterações sentidas em cada um dos sistemas, de acordo com a autora Berger (1995).

A nível do **sistema cardiovascular**, a primeira mudança que ocorre é a diminuição da capacidade máxima do coração, pela perda de eficácia e de contratilidade do músculo cardíaco. Os vasos sanguíneos perdem a elasticidade e as fibras elásticas vasculares tornam-se mais frágeis, fragmentam-se e calcificam levando à acumulação de depósitos de cálcio nas paredes dos vasos sanguíneos. Há o aumento das fibras de colagénio, a presença de ligações reticulantes, a diminuição da elasticidade dos vasos e, como consequência a arteriosclerose. A diminuição do débito cardíaco e a perda de elasticidade das artérias leva à diminuição do aporte sanguíneo a todos os órgãos e a todas as glândulas, tendo como consequência, a receção de menor quantidade de sangue nas extremidades. As veias perdem a tonicidade muscular e diminui a eficácia das válvulas venosas, o que atrasa o retorno venoso ao coração e provoca riscos de estase venosa e de edema. Concluindo todas estas ocorrências predispõem à hipóxia dos órgãos e das células bem como à formação de trombos.

No **sistema respiratório**, as principais modificações respiratórias resultam da perda de elasticidade e permeabilidade dos tecidos que cercam os alvéolos e as condutas alveolares e a diminuição da taxa de absorção do oxigénio no sangue. A capacidade residual aumenta e a capacidade vital diminui.

A eliminação vesical e intestinal também sofrem alterações com o envelhecimento. No **sistema renal e urinário**, a função renal deteriora-se com a idade e os rins atrofiam. A arteriosclerose das artérias renais diminui o aporte sanguíneo aos rins reduzindo a função renal. O sistema de evacuação dos detritos torna-se menos eficaz com a idade e o controlo do equilíbrio ácido-base e da homeostase torna-se mais difícil. Diminui o tónus vesical que leva à diminuição da capacidade de retenção e ao retardamento de influxos nervosos involuntários responsáveis pela micção e pelo esvaziamento vesical. No **sistema gastrointestinal**, o reflexo de deglutição funciona pior. A nível do fígado, ocorre um atrofio do mesmo e ocorrem alterações celulares levando a que as pessoas idosas tenham um retardamento hepático que dificultará a absorção de gorduras provocando deficiências em vitaminas lipossolúveis. A capacidade de absorção intestinal está também alterada devido à diminuição da motilidade gastrointestinal, deterioração das superfícies de absorção intestinal, diminuição da eficácia das enzimas digestivas e dos mecanismos de transporte.

Com o envelhecimento, o organismo tem dificuldade em adaptar-se tornando o **sistema imunitário** mais suscetível à invasão de microrganismos produzindo menos linfócitos capazes de combater os agentes stressantes internos e externos.

A nível do **sistema nervoso e sensorial** ocorre, durante o envelhecimento, a redução das unidades de base. As células do sistema nervoso central não se regeneram. Há a atrofia das circunvalações, aumento do tecido conjuntivo, diminuição do aporte sanguíneo e do consumo de oxigénio pelo cérebro e aumento progressivo da resistência vascular cerebral. Todas as modificações do sistema nervoso influenciam a personalidade dos idosos. Podem ainda explicar possíveis perdas de memória, prolongamento dos tempos de reação e a modificação de certos comportamentos. Com o envelhecimento, os recetores sensoriais mais atingidos são os proprioceptores e os que estão ligados à dor e ao tato. Os movimentos motores globais tornam-se mais lentos e a motricidade fina torna-se menos precisa.

No que concerne à **perceção da dor**, sendo esta o foco deste trabalho, Berger (1995) defende que os idosos têm dificuldade em perceber certos tipos de dor e são, por vezes, incapazes de determinar a sua localização. As diversas mudanças a nível do sistema vascular da pele levam a que as sensações táteis e as que se ligam à perceção da temperatura, da dor e do local não sejam sentidos ou sejam sentidos de forma retardada. Esta demora na transmissão nervosa constitui um risco potencial de lesões graves e permanentes para os idosos. Outras alterações fisiológicas bastante importantes que ocorrem associadas ao envelhecimento prendem-se a nível sensorial nomeadamente no tato, audição e visão. Relativamente ao tato há a redução das sensações tácteis e das sensações que se ligam à perceção da temperatura, da pressão e da dor local; a audição é alterada devido a degenerescência da fibra nervosa da audição; espessamento do tímpano, redução da produção de cerume, otosclerose e atrofia do nervo auditivo e na visão, há a redução da acuidade visual e da visão periférica, perda de capacidade que o olho tem de reagir rapidamente à escuridão, perda de acomodação necessária para ver com nitidez os objetos próximos, diminuição ou mesmo perda do processo de reabsorção dos líquidos intra-oculares podendo este processo ser desencadeador de glaucoma e modificação do cristalino podendo ser desencadeador de cataratas (Berger, 1995).

Todas estas alterações sensitivas poderão ter como consequência o isolamento da pessoa idosa. Já as alterações fisiológicas atrás enunciadas, acarretam outro problema na população idosa. Existe uma maior recorrência aos serviços de saúde e há a potenciação do fenómeno de polimedicação. A utilização de fármacos nas pessoas idosas podem ser eficazes na regulação de alguns problemas mas, poderão também provocar reações adversas ou efeitos secundários não esperados. Existem alguns fatores biofisiológicos responsáveis pelo aumento dos riscos associados ao consumo de medicamentos nos idosos tais como as doenças crónicas; farmacocinética (absorção; distribuição; metabolismo; eliminação) e

farmacodinâmica. Relativamente às doenças crónicas, estas têm com frequência efeitos específicos sobre o metabolismo dos medicamentos e vários dos medicamentos utilizados podem também bloquear ou modificar a ação de outros medicamentos (Berger, 1995).

A farmacocinética também sofre alterações com o envelhecimento. O metabolismo dos fármacos é assegurado pelo fígado. Tal como referido anteriormente, com o processo de envelhecimento as capacidades do fígado são também alteradas pelo que o metabolismo encontra-se alterado. A eliminação de fármacos é realizada predominantemente através do sistema renal pelo que, tal como referido acima, este mecanismo também se encontra alterado. A farmacodinâmica é definida como sendo o “estudo dos efeitos biológicos e terapêuticos dos medicamentos e tem como objetivo o estudo das mudanças sofridas pelas substâncias medicamentosas a nível dos diferentes recetores orgânicos” (Berger, 1995; p.445). Segundo esta autora, é aqui que reside o maior problema relativamente à toxicidade da medicação nas pessoas idosas. O número de células ativas no interior dos tecidos e dos órgãos, que servem de recetores aos medicamentos e são responsáveis pela sua ação específica, diminui à medida que se envelhece o que faz com que haja menos células alvo capazes de reagir às substâncias medicamentosas. Os recetores celulares tornam-se também menos sensíveis a certos medicamentos como os anticoagulantes, benzodiazepinas e analgésicos (Berger, 1995).

Todas as alterações fisiológicas enunciadas desencadeadas pelo envelhecimento e, o facto deste grupo estar mais suscetível a reações adversas e à toxicidade medicamentosa, tornam este grupo etário mais vulnerável. Esta vulnerabilidade está também bem patente na perceção da dor o que terá desde logo influência direta na correta avaliação da dor e, posteriormente, na intervenção para alívio da mesma.

### **3. Comunicação na pessoa idosa**

Para Querido, Salazar & Neto (2010; p. 462) “a comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesmas e sobre o que as rodeia. Este intercâmbio de informação, dinâmico e multidirecional, faz-se através dos diferentes canais sensório-perceptuais que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra.” Segundo Ritto *et al* (2017) comunicar não é apenas uma simples troca de palavras, há a partilha de emoções e de sentimentos exigindo que o profissional de saúde tenha, para além da capacidade de falar, a capacidade de escutar. Em todo este processo, é necessário que o profissional de saúde tenha a capacidade de adaptação a uma mudança constante de forma a estabelecer uma relação interpessoal (Querido, Salazar & Neto, 2010).

Há duas formas de comunicar, através da comunicação verbal e da não verbal. Segundo Querido, Salazar & Neto (2010, p. 469) “a mensagem verbal e a não verbal devem ser congruentes e, quando isso não acontece, devemos ter em linha de conta que a mensagem não verbal, por ser mais genuína, é habitualmente a mais potente.” A comunicação verbal implica que o recetor, neste caso o profissional de saúde, entenda claramente a mensagem e o intuito do emissor necessitando de ter as capacidades físicas, cognitivas e emocionais mantidas de forma a conseguir transmitir. A comunicação não verbal implica que o profissional de saúde consiga desenvolver uma observação atenta de todas as mensagens não verbais mesmo inconscientes da pessoa (Ritto *et al*, 2017). Mesmo nos doentes que conseguem verbalizar a sua dor, a capacidade de analisar a comunicação não verbal é essencial e importante (Ritto *et al*, 2017). O profissional de saúde deve possuir a capacidade de escuta ativa, empatia e observação.

Para Querido, Salazar & Neto (2010; p.469) “o comportamento não verbal pode complementar e reforçar a mensagem dita ou pode, pelo contrário, torná-la menos credível e inconsistente”. A comunicação não verbal pode dividir-se em duas grandes áreas: a corporal e a paraverbal ou paralinguagem. A paraverbal entende-se como sendo o estudo da forma como a voz e vocalização é utilizada. Já a linguagem corporal é a linguagem do corpo.

Na comunicação não verbal há 4 áreas que a integram: a expressão facial; contacto visual; postura e movimentos corporais e, o contacto físico e toque (Querido, Salazar & Neto, 2010). Segundo estes mesmos autores, a expressão facial é composta a partir da combinação da posição das sobrancelhas, formato e posição dos olhos, das narinas e da boca e, a partir da combinação destes, há inúmeros sentimentos e emoções que podem ser expressos. O contacto visual é de extrema importância uma vez que, é através deste que os doentes associam estar a receber atenção e estarem a ser escutados de forma interessada. Relativamente à postura e movimentos corporais de referir que uma postura adequada irá fazer com que se promova a continuidade da interação no entanto, uma mudança brusca de postura pode ser impeditiva de continuar uma conversa. Como tal, os movimentos corporais poderão também ser indicadores de alguma alteração que possa ocorrer (Querido, Salazar & Neto; 2010). O contacto físico e o toque são um dos aspetos da comunicação não verbal que pode introduzir maior proximidade na interação entre profissional de saúde e doente, podendo ser transmitido através destes a compreensão e partilha do sofrimento. No entanto, esta área é de enorme delicadeza sendo necessário conhecer o doente para perceber até que ponto permite este tipo de abordagem.

Tal como referido até aqui, a comunicação é de extrema importância na avaliação da dor e, ainda mais na pessoa idosa uma vez que, devido às várias alterações desencadeadas pelo envelhecimento a comunicação pode estar comprometida. Segundo Mailloux-Poirier (1995; p.477) “a diminuição das capacidades sensorio-percetuais causada pelo envelhecimento afeta a necessidade de comunicar de cada indivíduo.”

No entanto, para além das alterações fisiológicas, as patologias pode ser também desencadeadoras de alterações a nível da comunicação na pessoa idosa. Exemplo disso são as doenças respiratórias que provocam a diminuição da capacidade inspiratória nas pessoas atingidas por uma doença pulmonar crónica podendo diminuir o débito verbal ou até mesmo tornar o seu discurso quase inaudível (Mailloux- Poirier, 1995).

Outra patologia que pode desencadear alterações comunicacionais são as doenças neurológicas. A doença de Parkinson desencadeia “perturbações árticas e gráficas que irão alterar a comunicação verbal e escrita. A monotonia das palavras, o débito verbal irregular e a má articulação tornam o discurso por vezes inatingível” (Mailloux- Poirier, 1995; p.480). Outra das patologias neurológicas com grande impacto a nível da comunicação são as perturbações vasculares cerebrais. Estas podem desencadear problemas de articulação e pronúncia, dificuldade em escolher as palavras, de as combinar na construção de frases ou até mesmo, na compreensão do seu sentido.

A afasia é uma das alterações da comunicação que poderá ser desencadeada por processos patológicos como embolia, trombose cerebral, espasmo arterial ou hemorragia cerebral (Mailloux- Poirier, 1995). Desencadeia problemas tanto a nível da expressão como a nível da compreensão da linguagem. O tipo de perturbação depende da zona de linguagem atingida. O cérebro é constituído por dois hemisférios, esquerdo e direito, sendo que, as zonas da linguagem situam-se, na maioria das pessoas no hemisfério esquerdo. Neste hemisfério existem duas áreas bastante importantes na comunicação que são a área de Broca e de Wernicke. A área de Broca, localizada na parte anterior do cérebro é responsável pela expressão e a área de Wernicke, localizada na parte posterior do cérebro responsável pela compreensão. Segundo Mailloux- Poirier (1995) para conseguirmos classificar qual o tipo de afasia presente é necessário perceber se estão ausentes ou presentes alguns destes problemas nomeadamente: falta de palavras (existe a dificuldade de encontrar as palavras, no entanto, a palavra que se tenta encontrar pode aparecer algum tempo depois sem qualquer hesitação; com frequência a pessoa deixa a frase inacabada; redução da expressão (a quantidade de palavras é reduzida e há a procura de palavras mas nem sempre consegue construir frases); perturbação ártica (pronúncia dos sons é anormal fazendo com que seja

difícil a compreensão porque não são articulados com clareza); parafrásias; jargão (há uma mistura de palavras ou até mesmo a invenção de novas palavras tornando-se muito difícil a compreensão do discurso); estereotípia (quando a pessoa apenas consegue produzir as mesmas palavras em qualquer circunstância e quando tenta contrariar tal, a repetição de palavras acontece) e as perturbações da compreensão (há a dificuldade de compreender o que as pessoas dizem mesmo que não haja qualquer alteração a nível da audição. Esta dificuldade de compreensão pode surgir a nível da comunicação oral e escrita). De acordo com a presença ou ausência destes problemas acima descritos pode-se definir o tipo de afasia que está presente. A afasia de Broca é caracterizada pela redução da expressão a que se junta uma perturbação ártica e, a afasia de Wernicke, caracteriza-se pela dificuldade em compreender o que se diz ou o que está escrito. Existe ainda a afasia mista que consiste na redução de expressão e dificuldades importantes de compreensão e, a afasia global que é a incapacidade da pessoa em se exprimir e pelas alterações de compreensão (Mailloux- Poirier, 1995).

Outra das patologias neurológicas que se encontra presente na pessoa idosa e que desencadeiam alterações a nível da comunicação é a demência de Alzheimer. Estas alterações são desenvolvidas de forma gradual e são compreendidas em 3 fases: primeiro há a diminuição da memória a curto prazo, diminuição dos campos de atenção, desorientação no tempo e/ou espaço; confusão e redução do vocabulário; na segunda fase há a dificuldade em se exprimir e quando consegue, tem um vocabulário pobre ocorrendo a invenção de palavras e a desorientação no tempo e/ou espaço existindo a presença de reflexos faciais anormais e, por fim surge a agnosia; afasia; apraxia e automatismos (Mailloux- Poirier, 1995) .

Como tal, todas alterações fisiológicas e patologias vivenciadas durante o período do envelhecimento podem desencadear alterações na comunicação da pessoa idosa que, terão repercussões na avaliação da dor nesta faixa etária.

#### **4. Avaliação da dor na pessoa idosa com alterações na comunicação**

Para conseguir uma correta avaliação da dor, a Ordem Dos Enfermeiros (2008) recomenda reconhecer a pessoa como melhor avaliador da sua dor e privilegiar o auto-relato como fonte de informação de presença de dor desde que a pessoa mantenha as suas funções cognitivas e capacidade de comunicação.

A DGS (2003) define como escalas a privilegiar na utilização da avaliação da dor a “Escala Visual Analógica”(convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”; “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”. No entanto, apesar destas serem as

referenciadas há também a salvaguarda de que nem sempre são as mais indicadas para a avaliação da dor uma vez que, apenas se adequam a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos (DGS, 2003).

Afunilando, a temática da avaliação da dor na pessoa idosa existem indicações da DGS (2010) de que esta deve ser realizada primariamente com recurso a escalas de auto-avaliação com a salvaguarda da não existência de dificuldades na comunicação. Tal como referido anteriormente, nesta faixa etária as alterações na comunicação são uma realidade podendo ocorrer devido a alterações fisiológicas e patológicas pelo que, deve-se perceber de que forma esta avaliação deve ser feita, uma vez que esta não pode deixar de ser realizada.

A temática da avaliação da dor da pessoa idosa com alterações na comunicação é de extrema importância uma vez que os “danos cognitivos são umas das causas de sub-avaliação da dor, principalmente nas pessoas idosas” (Ritto *et al*, 2017; p.103). Segundo a DGS (2010) a avaliação da dor neste grupo etário com alterações comunicacionais deve ter em conta o questionamento da pessoa idosa sobre a presença de dor tentando obter, em primeiro lugar, a autoavaliação do idoso. Deve-se validar, na primeira observação, se há alterações cognitivas e, posteriormente, as possíveis manifestações comportamentais de dor que podem surgir tais como alterações a nível da expressão facial, os movimentos corporais, verbalizações ou vocalizações, alterações das relações interpessoais ou alterações do estado mental (DGS, 2010).

Segundo a DGS (2010) citando a *American Geriatric Society* (2002) a observação dos comportamentos, como indicadores de dor, é a melhor forma de avaliação da dor neste grupo etário. Já para Ritto *et al* (2017) nas pessoas com dificuldade ou impossibilidade de verbalizar a sua dor, o profissional de saúde deve estar atento à comunicação não verbal, mais especificamente às expressões vocais sugestivas de dor; expressão facial; corporal (tais como a inquietação, aumento ou diminuição da atividade motor, defesa ou apoio da parte afetadas e resistência física) e modificações comportamentais (perturbações do sono, irritabilidade, ansiedade, agressividade, diminuição da interação e indiferença à estimulação). Tal é corroborado pela DGS (2010) que afirma que a observação do comportamento é, na ausência da autoavaliação, um método correto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, tais como alterações fisiológicas ou *stress* emocional, através de Escalas Comportamentais, sendo exemplos destas a Doloplus 2 e a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), encontrando-se ambas validadas para a população portuguesa. Por este motivo foram as escolhidas para serem abordadas, no entanto, com a

salvaguarda de que existem outras mas não tão direcionadas para a temática abordada neste trabalho.

A escala Doloplus 2 (anexo I) é uma escala de heteroavaliação multidimensional, tem como objetivo avaliar a dor crónica e é utilizada para a população com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas e défices de comunicação (Ritto & Rocha, 2017). Para além disto, encontra-se validada para a população portuguesa. É constituída por 3 parâmetros e são eles a repercussão somática (as queixas somáticas, posições antiálgicas em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial e sono); repercussão psicomotora (higiene e/ou vestir e o movimento) e repercussão psicossocial (comunicação; vida social e as alterações do comportamento), sendo que cada uma das 10 categorias enunciadas estão divididas cada uma por 4 itens. Cada item é nivelado com quatro descrições comportamentais, representando o aumento da intensidade da dor (pontuados de 0 a 3). O *score* total pode estar compreendido entre 0 e 30 considerando-se que o idoso tem dor a partir do *score* 5. A pontuação obtida no parâmetro repercussão somática é a mais sugestiva da presença de dor (Ritto & Rocha, 2017). A escala é acompanhada do significado do seu léxico e também de conselhos de utilização para que sejam consultados antes da sua aplicação para facilitar o entendimento da mesma. A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, refere alguns conselhos de utilização da mesma tais como não ser necessário obter uma resposta para todos os itens da escala, em particular num doente que não se conheça tão bem; a cotação de um item isolado não tem significado o que de facto importa é a sua pontuação global e, tal como em qualquer outra escala, se o *score* for indicador de presença de dor, após a implementação da intervenção a dor deve ser reavaliada. Tem como desvantagem ser algo extensa e não ser intuitiva necessitando de algum tempo de utilização para uma melhor compreensão. Outra das desvantagens é que esta escala avalia a progressão da dor e não a experiência de dor num determinado momento o que a torna complicada de aplicar de forma rotineira na prática dos cuidados (Batalha *et al*, 2012).

Após isto, na realização da avaliação das várias categorias deverá ser selecionado o item mais representativo do comportamento doloroso do idoso que terá correspondência a um número sendo estes somados no final. O *score* obtido é representativo da dor da pessoa idosa sendo este registado.

A a Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada- *Pain Assesment in Advanced Dementia* (anexo II) é uma escala de heteroavaliação que avalia todos os tipos de dor e encontra-se também validada para a população portuguesa. Esta “permite avaliar a dor em repouso e durante os cuidados sem necessidade de conhecer as manifestações habituais da

pessoa, sendo indicada para avaliar a dor em idosos não comunicantes com dor aguda ou crónica, sendo fácil de compreender e utilizar após uma curta formação” (Batalha *et al*, 2012; p.8)”. Ritto & Rocha (2017) acrescentam ainda que esta escala permite a avaliação de dor em adultos idosos não comunicantes com alterações cognitivas podendo ou não ser portadores de demência em contexto médico ou cirúrgico.

É constituída por 5 itens (respiração, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade). Cada um deles é pontuado de 0 a 2, com representação dos comportamentos mais ou menos sugestivos de dor na pessoa, pelo que o *score* total está compreendido entre 0-10. Embora, sem fundamentação na literatura, considerando os intervalos baseados numa escala de dor de 0 a 10, uma possível interpretação das pontuações é: 1 a 3 (dor ligeira); 4 a 6 (dor moderada); 7 a 10 (dor intensa) (Ritto & Rocha, 2017). Tal como referido na escala Doloplus, a escala PAINAD, antes da sua utilização é necessária uma atenta observação do significado dos termos dos itens de cada categoria. À medida que se prossegue na avaliação das várias categorias devem seleccionar-se os itens mais representativos da dor na pessoa, somando, no final, os números que lhes estão atribuídos (Ritto & Rocha, 2017). A soma dos valores encontrados é a pontuação atribuída à dor do doente e a que se regista. Segundo Batalha *et al* (2012; p.15) a escala PAINAD validada para português “não deve ser utilizada como primeira opção na avaliação da dor em doentes não comunicantes verbais com menos de 65 anos, que tenham como principal diagnóstico alterações da função respiratória, patologia neurológica (para ou tetraplegia), estejam em ventilação mecânica e/ou sob efeito de medicação sedante ou curarizante.”

## CONCLUSÃO

A dor é um fenómeno subjetivo vivido de forma diferente por cada pessoa e a compreensão adequada da pessoa com dor exige uma avaliação precisa e criteriosa e não só da doença que pode ser causa da dor, mas também de uma infinidade de fatores comportamentais e psicossociais. Torna-se essencial que os profissionais de saúde avaliem a pessoa com dor, e não apenas a dor de forma isolada. Como tal, aquando a realização da avaliação da dor tem de existir o conhecimento da forma mais correta desta ser realizada para determinada pessoa.

Este trabalho fez-me perceber que o número de pessoas idosas com alterações da comunicação, quer sejam elas derivadas de alterações fisiológicas ou de origem patológica, são representativas de uma grande fatia deste grupo etário. Estas alterações têm grande impacto na avaliação da dor. Tal como referido ao longo deste trabalho, a auto-avaliação da

dor deve ter primazia devido, em grande parte, à sua subjetividade. No entanto, há pessoas que não a conseguem fazer por fatores já referidos anteriormente. Como tal, é um dever do profissional de saúde ajudá-las conseguindo uma correta avaliação recorrendo a outros instrumentos, nomeadamente a escalas comportamentais.

Todo este processo de procura de instrumentos de avaliação da dor da pessoa idosa com alterações na comunicação serviu para perceber que é ainda uma temática pouco abordada apesar de toda a importância que a dor ganhou a partir do momento em que foi definida como 5º sinal vital. O grupo etário constituído pelas pessoas idosas ficou em desvantagem na avaliação deste parâmetro vital e, conseqüentemente no seu controlo.

Concluindo, mesmo nos doentes que conseguem avaliar a sua dor, o papel do profissional de saúde é bastante importante para o auxílio na caracterização, o mais completa possível, da dor, demonstrando uma postura de escuta ativa, empatia e observação de linguagem não verbal sugestiva de dor, nomeadamente alterações da expressão facial ou corporal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L.; Duarte, C.; Roário, R.; Costa, M.; Pereira, V.; Morgado, T (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista de Enfermagem Referência*. 8(1); 7-16.
- Berger,L; (1995). O Consumo de Medicamentos pelos Idosos. In L. Berger; Mailloux-Poirie, D. *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global* (439-464). Lusodidata.Lisboa.
- Berger,L; (1995).Aspetos Biológicos do Envelhecimento. In L. Berger; Mailloux-Poirie, D. *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global* (123-155). Lusodidata.Lisboa.
- Circular Normativa N° 13/DGCG, 02 julho (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Direção Geral da Saúde* (2004).
- Circular Normativa N° 09/DGCG, 14 junho (2003). A dor como 5° sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Direção Geral da Saúde* (2003).
- Circular Normativa N°:11/DSCS/DPCD, 16 junho (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. *Direção Geral da Saúde* (2008).
- Mailloux- Poirier, D; (1995). Comunicar. In L.Berger; Mailloux-Poirie, D. *Pessoas Idosas Uma Abordagem Global* (475-502). Lusodidata.Lisboa.
- Moura, C; Chaves, E; Souza, V.; Lunes, D.; Ribeiro, C.; Paraizo, C.; Fava, S; Dázio, E.; (2017). Impactos da dor crónica na vida das pessoas e a assistência de enfermagem no processo. *Revista Avances en Enfermería*. 35(1); 53-62.
- Ordem Dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática. Princípios da avaliação e controlo da dor. 2008. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> (acedido em maio 2019)
- Orientação N° 015/2010, 14 dezembro (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. *Direção Geral da Saúde* (2010).
- Querido, A; Salazar, H; Neto, I; (2010). Comunicação. In A, Barbosa; I.G.Neto. *Manual de Cuidados Paliativos* (461-485). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Regulamento n° 361/2015 de 26 de junho. Regulamento dos Padrões de Qualidades dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 123. Série II
- Ritto, C.; Rocha,F. (2017). Avaliação da Dor. In Ritto,C.; Dinis, F.; Costa,I.; Diniz, L.; Raposo,M.; Pina,P.; Milhomens,R.; Faustino, S. Fundação Grunenthal, Manual de Dor Crónica (101-124). Lisboa.

- Escala Doloplus. Avaliação Comportamental Da Dor Na Pessoa Idosa Disponível [https://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus\\_versao\\_portuguesa.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus_versao_portuguesa.pdf) (acedido em junho 2019)

## **ANEXOS**

## Anexo 1- Escala Doloplus 2

<b>ESCALA DOLOPLUS</b> AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA						
APELIDO:..... NOME PRÓPRIO: .....					DATAS	
SERVIÇO: .....					Observação Comportamental	
<b>REPERCUSSÃO SOMÁTICA</b>						
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas		0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais		2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas		3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica		0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional		1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz		2	2	2	2
	. posição antálgica permanente ineficaz		3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção		0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados		1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados		2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação		3	3	3	3
4. Expressão facial	. mimica habitual		0	0	0	0
	. mimica que parece exprimir dor quando há solicitação		1	1	1	1
	. mimica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação		2	2	2	2
	. mimica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (áltona, rígida, olhar vazio)		3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual		0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer		1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)		2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar		3	3	3	3
<b>REPERCUSSÃO PSICOMOTORA</b>						
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas		0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)		1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais		2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa		3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas		0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)		1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)		2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição		3	3	3	3
<b>REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL</b>						
8. Comunicação	. sem alteração		0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)		1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)		2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação		3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)		0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação		1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades		2	2	2	2
	. recusa de qualquer tipo de vida social		3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual		0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas		1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes		2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)		3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos – Fevereiro 2006 – Hironidina Guarda					<b>PONTUAÇÃO</b>	

## LÉXICO

### **Queixas somáticas**

O paciente exprime a sua dor através da palavra, do gesto ou de gritos – choros – gemidos.

### **Posições antálgicas**

Posição corporal não habitual, visando evitar ou aliviar a dor.

### **Protecção de zonas dolorosas**

O paciente protege uma das zonas do seu corpo através de uma atitude ou determinados gestos de defesa.

### **Mímica**

O rosto parece exprimir a dor através da expressão (crispada, tensa, átona) e do olhar (olhar fixo, vazio, ausente, lágrimas).

### **Solicitação**

Toda e qualquer solicitação (aproximação de um cuidador, mobilização, cuidados, etc.).

### **Higiene/Vestir**

Avaliação da dor durante a higiene e/ou o vestir, sozinho ou com ajuda.

### **Movimentos**

Avaliação da dor no movimento: mudança de posição – transferências – marcha, sozinho ou com ajuda.

### **Comunicação**

Verbal ou não verbal.

### **Vida Social**

Refeições, animações, actividades, ateliers terapêuticos, acolhimento das visitas, etc.

### **Perturbações do comportamento**

Agressividade, agitação, confusão, indiferença, deslize, regressão, pedido de eutanásia, etc.

## CONSELHOS DE UTILIZAÇÃO

### 1. A UTILIZAÇÃO NECESSITA DE UMA APRENDIZAGEM

Como para qualquer novo instrumento, será sensato experimentá-lo antes de o difundir. O tempo de cotação da escala diminui igualmente com a experiência (alguns minutos no máximo). Logo que possível, será útil designar uma figura de referência numa determinada estrutura de cuidados de saúde.

### 2. COTAR EM EQUIPA PLURISCIPLINAR

Quer se trate de uma estrutura sanitária, social ou no domicílio, é preferível que a cotação seja efectuada por vários cuidadores (médico, enfermeiro, auxiliar...). No domicílio, é possível integrar a família e os outros intervenientes, com o apoio de um boletim de articulação de cuidados, do telefone, ou até mesmo de uma reunião em torno da cama do doente. A escala deve ser integrada no processo clínico ou no "boletim de articulação de cuidados".

### 3. NÃO COTAR NADA NO CASO DE EXISTIR UM ITEM DESADEQUADO

Não é necessário obter uma resposta para todos os itens da escala, em particular face a um paciente desconhecido, relativamente ao qual não se possuem ainda todos os dados, nomeadamente no plano psico-social. Do mesmo modo, em caso de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos.

### 4. OS COMPORTAMENTOS PASSIVOS

São menos perceptíveis mas tão presentes e importantes como os comportamentos activos; por exemplo, as perturbações do comportamento podem-se exprimir de um modo hiperactivo, tal como a agressividade pouco habitual, mas também como modo de afastamento.

### 5. A COTAÇÃO DE UM ITEM ISOLADO

Não tem significado; é a pontuação global que se tem que considerar. Se ela se concentra nos últimos itens, a existência de dor é pouco provável.

### 6. ESTABELECEER UMA ACTUALIZAÇÃO DAS PONTUAÇÕES

A reavaliação será efectuada duas vezes ao dia até à sedação das dores e posteriormente o seu espaçamento será estabelecido em função das situações. Estabelecer uma actualização das pontuações, fazendo-a aparecer na folha de tratamento (ao mesmo nível que a temperatura ou a tensão arterial) será um argumento primordial na percepção do sintoma e na implementação do tratamento.

### 7. NÃO COMPARAR AS PONTUAÇÕES DE PACIENTES DIFERENTES

A dor é uma sensação e uma emoção subjectiva e pessoal. A comparação das pontuações entre pacientes não faz, portanto, qualquer sentido. Apenas a evolução das pontuações de um dado paciente nos interessa.

### 8. EM CASO DE DÚVIDA, NÃO HESITAR EM FAZER UM TESTE TERAPÊUTICO ANTÁLGICO ADAPTADO

Admite-se, actualmente, que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor. Contudo, para as pontuações próximas deste limiar, é necessário dar o benefício da dúvida ao doente. Se o comportamento observado se modificar com a toma de analgésicos, confirma-se a existência de dor.

### 9. A ESCALA EFECTUA A COTAÇÃO DA DOR, E NÃO DA DEPRESSÃO, DA DEPENDÊNCIA OU DAS FUNÇÕES COGNITIVAS

Existem numerosos instrumentos adaptados a cada situação, e é primordial compreender que se procura determinar as alterações de comportamento ligadas a uma eventual dor. Assim, para os itens 6 e 7, não se procede à avaliação da dependência ou da autonomia, mas sim da dor.

### 10. NÃO RECORRER SISTEMATICAMENTE À ESCALA DOLOPLUS-2

Quando a pessoa idosa é comunicante e cooperante será mais lógico utilizar instrumentos de auto-avaliação. Quando a dor é evidente, será mais urgente acalmá-la do que avaliá-la... No entanto, à mínima dúvida, a hetero-avaliação evitará qualquer subavaliação.

## Anexo II- Escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa.	2
	Período longo de hiperventilação. Respiração <i>Cheyne-Stok</i> .	
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional.	1
	Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inexpressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
	Relaxada.	0
Linguagem corporal	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos flectidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
	Sem necessidade de consolo.	0
Consolabilidade	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Apêndice VII– Documento Sobre Administração De Terapêutica Por Via Subcutânea



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

---

LISBOA · PORTO

**MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA**

**UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO**

**ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA POR VIA SUBCUTÂNEA**

Estudante Rita Alves, Nº 192018077

Sob Orientação Enf.ª [REDACTED] e Enf.ª [REDACTED]

Janeiro, 2020

## **Introdução:**

A administração por via subcutânea, em Portugal, é uma prática bastante utilizada em serviços de cuidados paliativos mas, em serviços de internamento hospitalar, é reduzida e está ainda envolta em grande desconhecimento. No entanto, é uma realidade que cada vez mais se impõe nos internamentos hospitalares e, até mesmo, nas unidades de cuidados intensivos onde, por vezes, se torna necessário recorrer a vias de administração de terapêutica alternativas.

A via através da qual a terapêutica é administrada deve ter como princípio na sua escolha, provocar o menor sofrimento ao doente, devendo esta ser de rápida ação e eficácia relativamente ao objetivo pretendido (Vasconcellos & Milão, 2019). É de conhecimento geral que a via menos dolorosa é a via oral, no entanto, esta pode não ser viável em alguns doentes. Esta pode não estar disponível nos doentes em fim de vida por vários fatores tais como a alteração da biodisponibilidade dos fármacos, redução do nível de consciência ou perda funcional da absorção pelo tubo digestivo (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016). Nestes casos, emergem as vias de administração alternativas tais como intravenosa; intramuscular; subcutânea e transdérmica. Através da administração de fármacos por via intravenosa ou intramuscular existe um maior desconforto para o doente e é um procedimento bastante invasivo quando se trata de doentes crónicos ou terminais e, podem acarretar algumas complicações tais como a infeção, hemorragia e até sépsis que irão conduzir a um aumento do tempo de internamento (Neto, 2008). Posto isto, a administração de terapêutica por via subcutânea surge como alternativa.

Torna-se então pertinente saber quais as indicações para utilização desta via; as suas vantagens e limitações; a técnica de colocação de acesso subcutâneo e informações pertinentes relativas a administração de fármacos e a compatibilidade entre fármacos.

## 1. Indicações para utilização da via subcutânea:

Segundo Neto (2008), Marinela, Rodrigues & Almeida (2013) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016), esta via encontra-se indicada nas seguintes situações:

- Náuseas e vômitos por períodos prolongados;
- Intolerâncias gástrica;
- Obstrução intestinal e diarreia;
- Desidratação, caso não exista exigência de reposição de volume emergente;
- Impossibilidade ou dificuldade de punção de acesso venoso;
- Alteração do nível de consciência em doentes em fim de via;
- Demência avançada com desenvolvimento de disfagia.

### 1.1. Vantagens na utilização da via subcutânea:

Índice de absorção semelhante ao da via intramuscular mas com menos complicações associadas;
Via de administração mais acessível e confortável;
Baixo custo;
Baixo índice de complicações locais;
Fácil colocação e manutenção do catéter;
Facilidade na administração de fármacos;
Menor risco de hidratação inadequada reduzindo risco de sobrecarga
Menor interferência na mobilidade e promoção da autonomia do doente.

Fonte: Neto (2008), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016), Marinela, Rodrigues & Almeida (2013).

### 1.2. Limitações na utilização da via subcutânea:

Apesar das vantagens enunciadas, esta via de administração, segundo Neto (2008); Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016); Marinela, Rodrigues & Almeida (2013) acarreta também algumas limitações nomeadamente:

- Recusa do doente relativamente à punção de cateter subcutâneo (pode afirmar-se que esta é a limitação *major* nesta ou noutra intervenção de enfermagem que se queira implementar);
- Capacidade de absorção lenta com limite de volume a administrar (1500ml/dia num único local de punção a 3000ml/dia se mais do que um acesso subcutâneo puncionado);
- Impossibilidade de colocar cateter em caso de doenças dermatológicas, lesões cutâneas ou presença de sinais inflamatórias. Exemplo de locais não viáveis para colocação de cateter são: membros sujeito à disseção ganglionar; zonas submetidas a radioterapia; junto a cicatrizes operatórias e/ou zonas de pele não integra. Segundo Neto (2008) as incisões cirúrgicas destroem a circulação linfática e a radioterapia também, tendo como consequência a diminuição da capacidade de absorção dos fármacos ou fluidos administrados.
- Dificuldade em retirar o fármaco administrado em caso de sobredosagem ou erro terapêutico;
- Quando ocorrer a necessidade de administração de fluídos superiores a 3000ml/24h tal como referido anteriormente devido a capacidade de absorção lenta;
- Em caso de emergência, quando é necessário a administração de grande quantidade de fluídos;
- Infecções de repetição nos locais de punção;
- Risco de edema agudo pulmonar, anasarca ou insuficiência cardíaca grave (devido a possibilidade de ocorrência de possível sobrecarga);
- Presença de coagulopatia, trombocitpénia e circulação periférica diminuída (risco de hemorragia);
- Quando há a necessidade do doente ter uma via intra-venosa assegurada;
- Utentes em estado avançado de caquexia por hipotrofia do tecido subcutâneo.

## **2. Técnica de colocação de acesso subcutâneo:**

A informação descrita em baixo, sobre a realização da técnica de punção de acesso subcutâneo tem por base a norma de um hospital na periferia de Lisboa, elaborada pela Direção de Enfermagem desta instituição e intitulada “Administração de Terapêutica Subcutânea” e também no descrito pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016).

1) O enfermeiro deve verificar e confirmar a medicação prescrita, atendendo aos sete certos da administração segura de medicamentos (1: utente certo; 2: medicamento certo; 3: via de administração certa; 4: dosagem do medicamento certa; 5: horário certo; 6: prazo de validade certo e 7: registo certo);

2) Antes de proceder à administração da terapêutica prescrita deve-se:

- Identificar o utente e explicar ao mesmo/família/pessoa de referência o procedimento que vai ser realizado;
- Confirmar a existência de alergias medicamentosas e/ou outras alergias;
- Preparar o material necessário: importante referir que a punção pode ser realizada com um cateter agulhado ou não agulhado. Não há nenhuma recomendação sobre o benefício de um em detrimento de outro. A informação que existe é que o cateter não agulhado é mais recomendado quando se prevê o uso prolongado do mesmo. Também representa um maior conforto para o doente e uma maior mobilidade.



- Analisar as condições para a garantia da privacidade do utente;
  - Realizar a higiene das mãos e de acordo com as boas práticas;
  - Observar a condição da pele e seleccionar o local para administração. Sempre que possível, deverá ser o doente a escolher o local em que pretende ser picado. A colocação da agulha não deve interferir com os movimentos que ele é capaz de realizar de forma a promover a autonomia do doente. Como tal, deve-se evitar a punção do acesso subcutâneo junto a áreas próximas de articulações;
  - No caso de se utilizar um cateter agulhado com circuito intermediário este deve-se preencher com cerca de 1 ml de soro fisiológico 0,9% e manter a seringa conectada para garantir que o lúmen do cateter se encontra preenchido e reduz a possibilidade de contaminação (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016);
- 3) Tracionar a prega da pele e introduzir o cateter, fazendo um ângulo de 45° com a pele. Doente emagrecidos devem ser puncionados com uma angulação menor (cerca de

30°). A agulha deverá ser colocada tão proximal quanto possível, para permitir uma difusão medicamentosa mais rápida, favorecida pela gravidade;

- A punção deve ser sempre voltada para a rede ganglionar local. O bisel da agulha deve estar voltado para cima durante a punção. Anteriormente era preconizada a rotação do cateter subcutâneo em 180° após a punção no entanto, atualmente, tal não é recomendado por provocar traumatismo tecidual e irritação da pele (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).



Fonte: Adaptado de

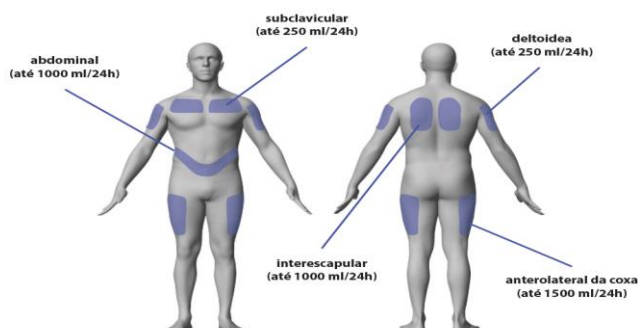
[https://www.google.com/search?biw=1366&bih=625&tbm=isch&sa=I&ei=KiAXXpjaDpadjLsP8LCbwAw&q=demonstra%C3%A7%C3%A3o+da+%C3%A9cnica+de+puncionar+acesso+de+hipodermoclise&oq=demonstra%C3%A7%C3%A3o+da+%C3%A9cnica+de+puncionar+acesso+de+hipodermoclise&gs\\_l=img\\_3...113887.115959..116241..0.0..0.73.788.12.....0...1.gws-wiz-img.wOpXB-Wp5WE&ved=0ahUKEwiYnbL0xfbmAhWWDmMBHXDYBsgO4dUDCAc&uact=5#imgrc=5bCHFjNJ6oa6aM:](https://www.google.com/search?biw=1366&bih=625&tbm=isch&sa=I&ei=KiAXXpjaDpadjLsP8LCbwAw&q=demonstra%C3%A7%C3%A3o+da+%C3%A9cnica+de+puncionar+acesso+de+hipodermoclise&oq=demonstra%C3%A7%C3%A3o+da+%C3%A9cnica+de+puncionar+acesso+de+hipodermoclise&gs_l=img_3...113887.115959..116241..0.0..0.73.788.12.....0...1.gws-wiz-img.wOpXB-Wp5WE&ved=0ahUKEwiYnbL0xfbmAhWWDmMBHXDYBsgO4dUDCAc&uact=5#imgrc=5bCHFjNJ6oa6aM;)



Fonte: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/SBGG\\_guia-subcutanea\\_2aedicao.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/SBGG_guia-subcutanea_2aedicao.pdf)

- Aspirar para se certificar de que nenhum vaso sanguíneo foi atingido e, caso haja retorno sanguíneo, o acesso deve ser retirado e a punção deve ser realizada noutro local;
- 4) Fazer a rotação dos locais de administração para prevenir a lipodistrofia e a excessiva formação de tecido cicatricial;
  - 5) Recolher o material utilizado no procedimento e acondicionar os resíduos produzidos de acordo com as boas práticas;
  - 6) Higienizar as mãos antes e após o procedimentos;
  - 7) Realizar os registos de enfermagem do utente da administração de terapêutica.

## 2.1) Locais possíveis de punção de acessos subcutâneos e volumes de administração possíveis de administrar nas 24 horas



Fonte: <https://educative.com.br/enfermeiros-auxiliares-e-tecnicos-de-enfermagem-quando-treinados-capacitados-e-observados-os-limites-de-atuacao-segundo-a-lei-7-49886-sao-autorizados-a-puncao-e-administracao-de-fluidos-prescrito/>

- Os locais de punção de acessos subcutâneos de eleição são a região torácica e abdominal isto porque são os que possuem maior capacidade de absorção e para além disso, não são limitativas da autonomia do doente (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016). Segundo Neto (2008), como o espaço subcutâneo permite a administração de volumes que podem atingir os 1000-1500ml/24h podemos afirmar que, a região torácica e abdominal, sendo elas as que permitem uma maior absorção de fluídos são as mais indicados para a prática de hipodermoclise e os restantes locais serão mais indicados na administração de terapêutica de forma intermitente.
- A região interescapular, apesar de pouco utilizada, demonstra grande utilidade em doentes com agitação psicomotora com risco de exteriorização de cateter (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).
- É importante referir que, caso haja a necessidade de administração de volumes superiores a 1500ml /24h, deve-se colocar um segundo acesso no lado oposto ao cateter já existente. Tal também deve acontecer em caso de incompatibilidade entre fármacos (Lybarger, 2009 citado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).
- Relativamente ao tempo de permanência do cateter subcutâneo, Marinela, Rodrigues & Almeida (2013) referem que este pode manter-se no mesmo local de punção entre 1 a 7 dias sendo a média de duração entre 4 a 5 dias. Já a Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria (2016) afirma que, o tempo de permanência de um cateter subcutâneo deve ser

superior ao cateter endovenoso e recomenda a troca do cateter se agulhado de 5 em 5 dias e se, não agulhado de 11 a 11 dias.

- É importante referir que, quando ocorre o aparecimento de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter este não deve voltar a ser puncionado no mínimo, durante dez dias (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2016).

### 3. Hipodermoclise:

Segundo Querido & Guarda (2010), a hipodermoclise é uma opção segura com poucos riscos para o doente e, enquanto técnica, com impacto mínimo na qualidade de vida do doente. Permite ser realizada em vários contextos de cuidados e até pela família em contexto domiciliário. É uma técnica segura na medida em que, as complicações locais (sinais inflamatórios, hematoma/equimose, edema e celulite) são facilmente resolvidas e, comparando com a via intravenosa, é também extremamente eficaz em situações de desidratação moderada (Marinela, Rodrigues & Almeida, 2013). Tal como referido anteriormente, relativamente à quantidade de fluídos possível de administrar, o espaço subcutâneo permite a administração de cerca de 1000 a 1500 ml em 24 horas (3000 ml nas 24 horas se administrados em dois locais de punção diferentes) sendo a região torácica e a abdominal aquelas de maior capacidade de absorção de fluídos. Logo, estas são as zonas preferenciais para a prática da hipodermoclise (Marinela, Rodrigues & Almeida, 2013).

#### 3.1. Soros que poderão ser utilizados por via subcutânea:

<ul style="list-style-type: none"><li>• Cloreto de Sódio 0,9%</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dextrose 5% NaCl 0,9% (a sua administração não deve ser superior a 1ml/min devido a elevada concentração de iões de hidrogénio que poderá provocar inflamação local. Não são aconselhadas concentrações superiores a 5% devido ao seu pH e concentração);</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dextrose 5% (ainda que normalmente bem tolerada, pode ocasionalmente haver maior tumefação local, por transporte de fluído para o espaço intersticial);</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lactato de Ringer (embora careça de evidências, teoricamente é seguro, pois é uma solução isotónica com pH próximo à neutralidade);</li></ul>

**Adaptado de:** Neto (2008), Marinela, Rodrigues & Almeida (2013), Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016)

Em conjunto com os soros acima citados, poderão ser administrados quaisquer fármacos compatíveis com a via subcutânea nomeadamente alguns **eletrólitos** tais como a NaCl 20%

e Cloreto de Potássio numa concentração total de 20mEq/L em 500 ml de soro (Marinela, Rodrigues & Almeida, 2013). Já Neto (2008) refere que a concentração máxima de administração de Cloreto de Potássio por via subcutânea é de 40 mEq/L .

### 3.2. Administração de fármacos e soros por via subcutânea:

Tal como Neto (2008) afirma, através da via subcutânea, pode ser administrada terapêutica de baixa viscosidade, que não seja irritante ou citotóxica e, que seja absorvida a partir dos tecidos conjuntivo e adiposo. Segundo esta mesma autora, a administração do fármaco é determinada pela vascularização do tecido local e pela solubilidade da medicação administrada no tecido intersticial. É importante reforçar que, habitualmente não se injetam mais que 3 fármacos na mesma administração, para evitar a acumulação de um volume considerável de líquido podendo tornar-se incómodo para o doente e para permitir a absorção adequada dos produtos, sem comprometer a sua eficácia (Neto, 2008).

### 3.3. Compatibilidade entre fármacos:

É importante referir que, caso o local de punção seja exclusivo para administração de determinado fármaco com algum grau de incompatibilidade tal deve estar identificado. Abaixo encontra-se elaborada uma tabela onde se estão disponíveis as compatibilidades e incompatibilidades entre os fármacos mais utilizados para administração pela via subcutânea.

Medicação	Butilescopolamina	Dexametasona	Diclofenac	Haloperidol	Levomepromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotido	Tramadol	Ceftriaxona	Ranitidina	Ondansetron	Furosemda
Butilescopolamina	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C
Dexametasona	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Diclofenac	I	I	C	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
Haloperidol	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C
Levomepromazina	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	C
Metoclopramida	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I
Midazolam	C	I	I	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I
Morfina	C	I	I	C	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I
Octreotido	C	I	I	C	C	C	C	C	C	I	I	I	I	I
Tramadol	C	I	I	C	C	C	C	I	I	C	C	C	C	C
Ceftriaxona	C	I	I	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C
Ranitidina	I	I	I	I	I	I	C	C	I	C	I	C	I	I
Ondansetron	C	I	I	C	C	C	C	C	I	C	C	I	C	C
Furosemda	C	I	I	C	C	I	I	I	I	C	C	I	C	C

Fonte: Adaptado Neto (2008); Marinela, Rodrigues&Almeida (2013); Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2016); Chirivella et al (2015)

#### Legenda:

I: Incompatíveis

C Compatíveis

Em baixo, encontra-se descrito de que forma, os mesmos fármacos deverão ser diluídos para administração.

### 3.4. Diluição de fármacos:

Medicação	Diluição	Recomendação
<b>Butilescopolamina</b>	1 ml de Cloreto de Sódio 0,9% ou Água destilada	
<b>Dexametasona</b>	Pode diluir 1 ampola de dexametasona em 1 ml de água destilada ou Cloreto de Sódio 0,9%	Administrar num local exclusivo devido a incompatibilidades com outros medicamentos e risco de irritação local
<b>Diclofenac</b>	Diluir no máximo tolerado	Irritante pelo que deve ser diluído na dose máxima tolerada
<b>Haloperidol</b>	5 ml água destilada	Risco de precipitação com soro fisiológico em doses superiores a 1mg/ml
<b>Levomepromazina</b>	Cloreto de Sódio 0,9% (diluir o máximo tolerado)	Irritante, diluir o máximo tolerado
<b>Metoclopramida</b>	2 ml de Cloreto de Sódio 0,9% ou água destilada	Pode causar irritação local
<b>Midazolam</b>	5 ml Cloreto de Sódio 0,9%	Pode causar irritação local
<b>Morfina</b>	Administração em bólus não necessita de diluição.	
<b>Octreotido</b>	5ml de Cloreto de Sódio 0,9%	Sítio exclusivo de administração
<b>Tramadol</b>	20ml de Cloreto de Sódio 0,9% em bólus e 100ml de soro fisiológico 0,9% para infusão	
<b>Ceftriaxona</b>	Reconstituir 1 g em 10ml de água destilada e diluir em 100 ml de Cloreto de Sódio 0,9%	1g /24h segundo alguns autores ou 1g de 12/12h.
<b>Ranitidina</b>	2ml de Cloreto de Sódio 0,9% ou água destilada	
<b>Ondansetron</b>	30 ml de Cloreto de Sódio 0,9% ou água destilada	
<b>Furosemida</b>	2 ml de Cloreto de Sódio 0,9%	

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Geriatria e gerontologia (2016) e Bruno (2015)

#### **4. Conclusão:**

A administração por via subcutânea, que antes estava mais presente nos cuidados de saúde em ambulatório, encontra-se agora a assumir um papel importante nas unidades de internamento hospitalar. A via subcutânea tem como uma das suas vantagens desencadear um menor sofrimentos possível no doente que, muitas vezes se encontra numa fase paliativa.

Como tal, podemos constatar que, a via subcutânea surge cada vez mais como uma alternativa na administração de terapêutica em situações onde as restantes vias, mais frequentemente utilizadas, não se encontrem disponíveis.

Nas unidades de cuidados intensivos acontece, por vezes, que a situação clínica do doente passe uma situação com necessidade de intervenções intensivistas para ações paliativas tendo os profissionais de saúde dar resposta a estas necessidades do doente.

Como tal, fez todo o sentido a elaboração deste documento, onde é dado a conhecer as indicações para a utilização desta via de administração de medicação; as suas vantagens e desvantagens e quais os fármacos que poderão ser administrados por via subcutânea e a compatibilidade entre eles sendo o desconhecimento destas informações que por vezes faz como que, não se utilize esta via de administração.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bruno, V. (2015). Hipodermoclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. *Revista Einstein*. 13(1). 122-128.
- Chirivella, C.; Lucena, F.; Tamargo, G.; López, A.; Hernandez, M.; Ruiz, A. (2015). Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. *Revista Farmacia Hospitalaria*. 39(2). 71-79.
- Direção de Enfermagem (2019). Administração de Terapêutica Subcutânea. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.
- Marinela, E.; Rodrigues, L.; Almeida. (2013). A via subcutânea em cuidados paliativos. *Revista Enformação*. 3(1). 18-25.
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista Medicina Interna*. 15(4). 277-283.
- Querido, A.; Guarda, H. Hidratação em Fim de Vida. In Barbosa, A.; Neto, I., Manual de Cuidados Paliativos (401-415). Lisboa. 2(1)). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.(2016). *O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos*. Rio de Janeiro.
- Vasconcellos, C.; Milão, D. (2019). Hipodermoclise: alternativa para infusão de medicamentos em pacientes idosos e pacientes em cuidados paliativos. *Pan American Journal of Aging Research*, 7. 1-10